

Lo importante es el paciente: casos clínicos de disfunción cognitiva en el TDM

Esta actividad educativa cuenta con la financiación de una beca educativa independiente de Lundbeck Inc.

www.medscape.org/collection/mdd10

www.medscape.org/collection/mdd10

Esta actividad educativa está dirigida a un público internacional de profesionales sanitarios de fuera de los EE. UU., en particular a psiquiatras, médicos de atención primaria y neurólogos que traten a pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM).

El objetivo de esta actividad es ampliar conocimientos sobre los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo y trastorno depresivo mayor (TDM) tanto para médicos especialistas como de atención primaria mediante el análisis de casos.

Al finalizar esta actividad, los participantes serán capaces de:

- Identificar el marco teórico de un tratamiento exitoso de la disfunción cognitiva en pacientes con TDM
- Abordar las comorbilidades y los puntos clave de los antecedentes del paciente que condujeron al diagnóstico de la disfunción cognitiva en el TDM
- Describir el efecto del deterioro cognitivo sobre la vida cotidiana del paciente y la importancia del diagnóstico adecuado en los resultados del paciente

Instructores y declaraciones de conflicto de intereses

WebMD Global exige que todas las personas que tengan control sobre el contenido de una de sus actividades educativas declaren cualquier relación económica relevante que se haya producido en los últimos 12 meses y que pudiera crear un conflicto de intereses.

Moderador:

Dr. Koen Demyttenaere
Presidente académico del Centro Psiquiátrico de la Universidad; profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Katholieke Universiteit Leuven de Lovaina (Bélgica); coaccionista y presidente de The Fortune Fund (Ga voor Geluk), Bélgica.

Declaración de conflicto de intereses: **el Dr. Koen Demyttenaere** ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó como asesor o consultor para: Eli Lilly and Company; Lundbeck, Inc.; Servier.
Actuó como conferenciante o miembro de una agencia de conferenciantes para: Eli Lilly and Company; Lundbeck, Inc.; Servier.
Recibió becas de investigación clínica de: Eli Lilly and Company; Lundbeck, Inc.; Servier.

Participantes

Dr. Bernhard Baune
Profesor y jefe de Psiquiatría; jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina del Royal Adelaide Hospital de la Universidad de Adelaida, Adelaida (Australia).

Declaración de conflicto de intereses: **el Dr. Bernhard Baune** ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó como asesor o consultor para: Lundbeck, Inc.
Actuó como conferenciante o miembro de una agencia de conferenciantes para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; Servier; Wyeth Pharmaceuticals Inc.
Recibió becas d inevestigación clínica de: Consejo Nacional de Investigaciones Sanitarias y Médicas de Australia.

Dra. Sarah Bromley
Médica de atención primaria; directora médica nacional de Offender Health, Care UK, Reino Unido.

Declaración de conflicto de intereses: **la Dra. Sarah Bromley** ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó con interés comercial para: Care UK.

Dr. Eduard Vieta
Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clinic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona (España)

Declaración de conflicto de intereses: **el Dr. Eduard Vieta** ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:
Trabajó como asesor o consultor para: Almirall Hermal GmbH; AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Dainippon Sumitomo Pharma America; Eli Lilly and Company; Esteve; Ferrer; Forest Laboratories, Inc.; GlaxoSmithKline; Janssen Pharmaceuticals, Inc.; Jazz Pharmaceuticals, Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck Sharp & Dohme Corp.; Novartis Pharmaceuticals Corporation; Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.; Pfizer Inc.; Pierre Fabre; Richter Pharma AG; Roche; Sanofi; Servier; Shire; Solvay Pharmaceuticals, Inc.; Sunovion Pharmaceuticals Inc.; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.; UCB Pharma, Inc.

Recibió becas de investigación clínica de: Almirall Hermal GmbH; Bristol-Myers Squibb Company; GlaxoSmithKline; European 7th Framework Program: Janssen-Cilag; NARSAD; Novartis Pharmaceuticals Corporation; Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.; Pfizer Inc.; Richter Pharma AG; Roche; Sanofi; Seny Foundation; Servier; Ministerio de Sanidad de España (CIBERSAM); Ministerio de Ciencia y Educación de España; Stanley Medical Research Institute; Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

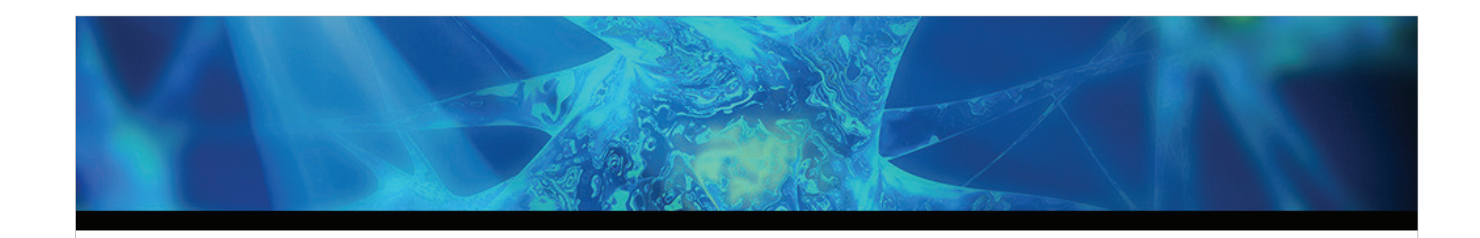
Editora
Leanne Fairley (periodista), directora científica de WebMD Global, LLC

Declaración de conflicto de intereses: Leanne Fairley ha declarado que no tiene ninguna relación económica relevante.

Revisor de contenido
Robert Morris (farmacéutico)
Director clínico asociado de CME
Declaración de conflicto de intereses: Robert Morris ha declarado que no tiene ninguna relación económica relevante.



Dr. Koen Demyttenaere: Me alegra darles la bienvenida a este simposio titulado “Lo importante es el paciente: casos clínicos de disfunción cognitiva en el TDM”.



Moderador

Dr. Koen Demyttenaere
Presidente académico
Centro Psiquiátrico de la Universidad
Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
de la Katholieke Universiteit Leuven
Lovaina, Bélgica
Coaccionista y presidente de The Fortune Fund
(Ga voor Geluk), Bélgica



Soy Koen Demyttenaere. Soy psiquiatra y trabajo en el Hospital Universitario de Lovaina, en Bélgica. Me complace estar acompañado de este excelente grupo de instructores.

Grupo de expertos

Instructores

Dr. Bernhard Baune
Profesor y jefe de Psiquiatría
Jefe del Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Royal Adelaide Hospital
Universidad de Adelaida
Adelaida (Australia)

Dr. Eduard Vieta
Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología
Hospital Clinic
Universidad de Barcelona
IDIBAPS, CIBERSAM
Barcelona (España)

Dra. Sarah Bromley
Médica de atención primaria y
directora médica nacional de
Offender Health
Care UK
Reino Unido



Les presento al profesor Bernhard Baune. Es alemán, pero lleva trabajando en Adelaida, Australia, unos diez años. Allí es profesor y jefe de Psiquiatría. También nos acompaña el profesor Eduard Vieta, jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología de Barcelona. Además, está con nosotros Sarah Bromley, médica de atención primaria de Reino Unido y directora médica nacional de Offender Health en Care UK. Esto significa que trabaja mano a mano con distintas prisiones de Reino Unido.

Perspectiva general del programa

Objetivo: describir los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo y TDM tanto para médicos especialistas como de atención primaria mediante el análisis de casos.

Veremos un extracto de los casos de dos pacientes en vídeo. Después de cada caso:

- Un miembro del grupo de expertos explicará su enfoque terapéutico
- Debate de los expertos
- Preguntas y respuestas del público



Durante este simposio, hablaremos sobre los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo en el trastorno depresivo mayor (TDM) tanto para médicos especialistas como de atención primaria mediante el análisis de casos. Es por eso que contamos con un grupo variado de médicos especialistas y de atención primaria. De hecho, presentaremos dos casos clínicos en vídeo y, después de estos, un miembro del grupo aportará su método de abordaje. Además, tendremos un debate corto y una sesión de preguntas y respuestas con el público.

Objetivos de aprendizaje

1. Identificar el marco teórico de un tratamiento exitoso de la disfunción cognitiva en pacientes con TDM
2. Abordar las comorbilidades y los puntos clave de los antecedentes del paciente que condujeron al diagnóstico de la disfunción cognitiva en el TDM
3. Describir el efecto del deterioro cognitivo sobre la vida cotidiana del paciente y la importancia del diagnóstico en los resultados del paciente



Los objetivos de aprendizaje del simposio son identificar el marco teórico de un tratamiento exitoso de la disfunción cognitiva en pacientes con TDM, abordar las comorbilidades y los puntos clave de los antecedentes del paciente que condujeron al diagnóstico de la disfunción cognitiva en el TDM y describir el efecto del deterioro cognitivo sobre la vida cotidiana del paciente y la importancia del diagnóstico adecuado en los resultados del paciente.

Introducción

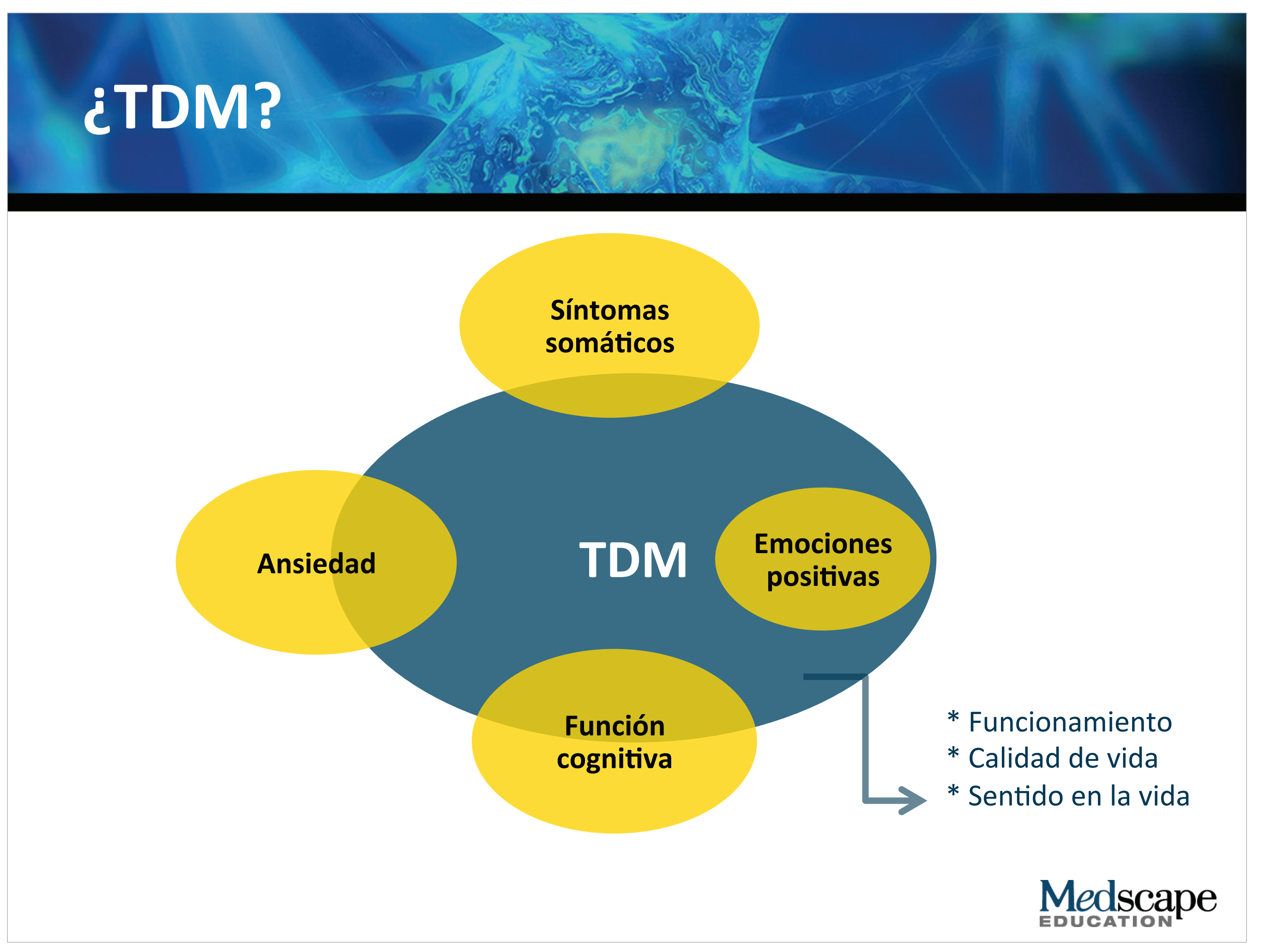


Dr. Demyttenaere: Haré una breve introducción antes de pasar al primer caso.

Declaraciones de conflicto de intereses

- **Para conocer todas las declaraciones de conflicto de intereses, consulte la sección Instructores y declaración de conflictos de intereses de la página de inicio.**





Comenzaré hablando un poco sobre el TDM. ¿Qué es el TDM? Contamos con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.a edición (DSM-5) y sus nueve criterios para detectar un episodio depresivo mayor. A partir de estos, sabemos qué es la depresión, así como quiénes la padecen y quiénes no. Supuestamente, si curamos los nueve síntomas, el paciente estará completamente curado. No obstante, creo que es más complicado que eso. La diapositiva refleja la realidad clínica para mí y también resume, en cierto modo, los antecedentes de comercialización de los antidepresivos desde la década de 1980. En el centro, tenemos el TDM. Con bastante frecuencia, los pacientes con TDM también presentan síntomas importantes de ansiedad, que se abordaban en la década del 80 con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).[1] Sabemos que muchos pacientes con TDM también tienen síntomas somáticos, que pueden ser dolorosos o no. Debemos recordar los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), en particular la duloxetina. También debemos tener en cuenta la anedonia, que es una falta de interés en el placer y que representa un criterio central de la depresión. La agomelatina se centra en esto.[1,2] También están los síntomas cognitivos, que forman parte de la definición que figura en el DSM. La vortioxetina ha aclarado un poco esta cuestión y nos está ayudando a comprender mejor la relación entre la cognición y la depresión.[3] Sin duda, este es un resumen muy exhaustivo de la realidad clínica. En realidad, los pacientes tienen más de nueve síntomas o, como diría Stephen Stahl[4], uno tiene TDM si tiene trece de los nueve síntomas.

Episodio depresivo mayor: definición del DSM-5

- Presencia de, al menos, **cinco** de los siguientes síntomas durante un **período de dos semanas.** Estos deberán suponer un cambio **con respecto a la actividad previa**; al menos uno de los síntomas debe ser (1) un estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la libido:
  - Estado de ánimo depresivo
  - Pérdida del interés/de la libido
  - Cambios de peso
  - Trastornos del sueño
  - Agitación o **enlentecimiento psicomotores**
  - Fatiga o pérdida de energía
  - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
  - **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión**
  - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- Angustia de relevancia clínica o **dificultades para desempeñarse en lo social, laboral o en otras áreas importantes de la vida**

Medscape EDUCATION

Como dije, los síntomas cognitivos forman parte de la definición de depresión. El retraso psicomotor tiene un componente cognitivo; la capacidad disminuida de pensar o de concentrarse, así como la indecisión, figuran en la lista. Eso en cuanto a la definición, pero en las escalas estándar que utilizamos y que exigen los organismos normativos, estos no están bien representados.

Deterioro cognitivo en el TDM

Los síntomas cognitivos en el TDM se manifiestan mediante un deterioro en:

- La cognición social:
  - Empatía, reconocimiento o percepción de emociones, teoría de la mente, percepción y conciencia social, estilo atribucional
- Los procesos cognitivos:
  - Estilos explicativos arraigados, suposiciones generalizadas acerca de la utilidad de uno mismo, distorsiones cognitivas
- Los procesos neurocognitivos:
  - Atención sostenida, función ejecutiva, memoria funcional, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria no verbal, velocidad psicomotriz

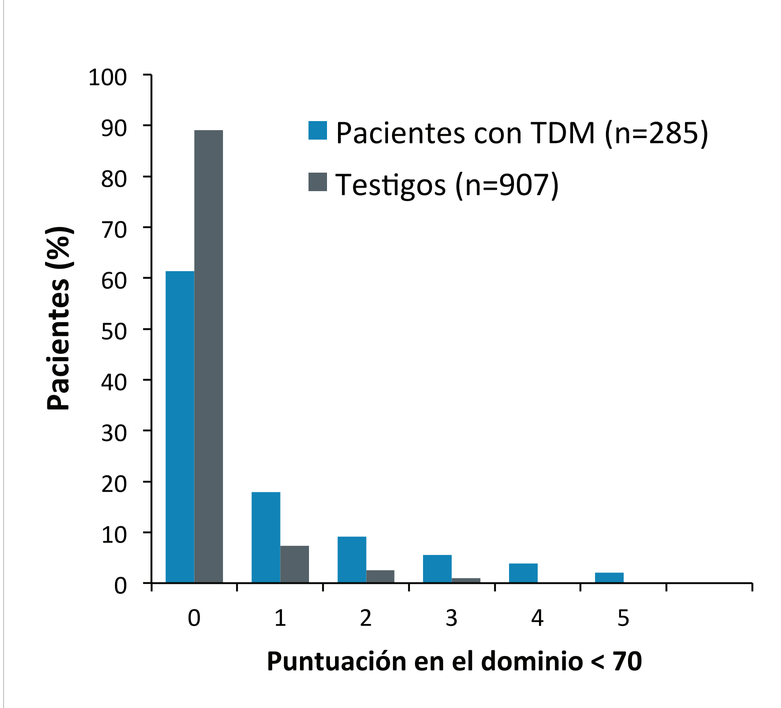
McIntyre, R.S. *et ál. Depress Anxiety*. 2013;30(6):515-527.



La cognición en la depresión es más complicada de lo que parece. Los síntomas cognitivos en la depresión se manifiestan mediante un deterioro en varios dominios. Tenemos la cognición social en la depresión, que incluye la empatía, el reconocimiento de emociones, la percepción, la teoría de la mente, la percepción y conciencia sociales y el estilo atribucional. No hablaremos de eso en este programa. Están los procesos cognitivos, que incluyen los estilos explicativos arraigados, las suposiciones generalizadas acerca de la utilidad de uno mismo y las distorsiones cognitivas, que están vinculadas a la psicología y al tratamiento cognitivos. Tampoco hablaremos mucho de eso.

Nos concentraremos en el tercer grupo de los aspectos cognitivos de la depresión: los procesos neurocognitivos, que incluyen la atención constante, la función ejecutiva, la memoria funcional, el aprendizaje verbal, el aprendizaje no verbal y la memoria, la velocidad psicomotriz, la elocuencia, etc.

Frecuencia del deterioro cognitivo en pacientes con TDM



Rendimiento basado en los cinco dominios del conjunto de pruebas de los signos vitales del SNC:

- Memoria
- Velocidad psicomotriz
- Tiempo de reacción
- Atención compleja
- Flexibilidad cognitiva

Una puntuación < 70 indica ≥ 2 desviaciones estándar por debajo de la media

Pacientes con TDM sin tratar con < 70 en 1 de los dominios: 39 %

Gualtieri, C.T. *et ál. J Clin Psychiatry.* 2008;69:1122-1130.

Medscape EDUCATION

¿Importan los síntomas cognitivos? ¿Son frecuentes en pacientes con TDM? Gualtieri y colegas dirigieron un estudio muy interesante al respecto. Una pequeña diferencia en una escala determinada no implica necesariamente relevancia clínica. Esta publicación describe qué es lo clínicamente relevante, que se definió a partir de una puntuación de uno sobre los cinco dominios objeto de evaluación, incluidos la memoria, la velocidad psicomotriz, el tiempo de reacción, la atención compleja y la flexibilidad cognitiva. Estos autores determinaron que, si uno busca un deterioro clínicamente relevante - que definieron como la presencia de, al menos, dos desviaciones estándar por debajo de la media en comparación con el grupo de referencia - en pacientes con TDM, casi el 40 % de estos tendría dicho deterioro clínicamente relevante. Hay varios otros estudios que demuestran una proporción similar. Aproximadamente el 40 % de los pacientes con TDM presenta un deterioro clínicamente relevante en la función cognitiva.

¿Cómo identificamos la disfunción cognitiva en los pacientes con TDM?

Dos casos de pacientes:

1. **Una paciente con TDM y disfunción laboral que acude a un psiquiatra.**
2. **Un paciente alcohólico y con TDM que acude a su médico de cabecera, que lo deriva al psiquiatra.**

- ¿Qué signos y síntomas nos llevan a sospechar de una disfunción cognitiva?
- ¿Cómo los distinguimos de otros síntomas depresivos o comorbilidades?
- ¿Cuáles son los deterioros funcionales que padecen los pacientes como resultado del deterioro cognitivo?
- ¿Cómo podemos abordar la cognición durante el tratamiento?
- ¿Quién trata al paciente? ¿El médico de atención primaria? ¿El psiquiatra? ¿Cuáles son las diferencias entre los países y los sistemas?



¿Cómo identificamos la disfunción cognitiva en los pacientes? Contamos con numerosas baterías de preguntas. Si alguien cree que hay una prueba para cada tipo de función cognitiva, ese alguien está equivocado. Todas las pruebas abarcan diferentes funciones. ¿Cómo las gestionamos en la práctica diaria? Hablaremos sobre esto en el debate de los casos clínicos que presentaremos. Puede haber muchos cuestionarios, pero la práctica nos dice que ya no utilizamos cuestionarios en la práctica cotidiana para detectar síntomas depresivos. ¿Por qué utilizar pruebas para detectar síntomas cognitivos de la depresión si ya no se usan para los síntomas emocionales? Intentaremos explicarles por qué.

Les presentaremos a dos pacientes. La primera es una paciente con TDM y disfunción laboral que acude al psiquiatra. A continuación, Eduard Vieta analizará el caso. Después de eso, espero poder abrir un debate con ustedes. El segundo paciente es un hombre alcohólico con TDM que acude primero a su médico de atención primaria, que lo deriva al psiquiatra. Verán una breve secuencia de la entrevista con el médico de atención primaria y una breve secuencia de la entrevista con el psiquiatra.

Me gustaría destacar que se trata de recortes de casos clínicos, por lo que no son resúmenes. No podemos mostrarles el caso al completo. Probablemente tendrán muchas preguntas acerca de otras cuestiones que les interesaría saber. Hemos seleccionado una serie puntos clave para sacar el máximo partido al simposio.

Algunas de las preguntas y respuestas las analizaremos y responderemos juntos. ¿Qué signos y síntomas nos llevan a sospechar de una disfunción cognitiva en el TDM? ¿Cómo los distinguimos? Una importante: ¿cómo los distinguimos de otros síntomas depresivos o comorbilidades? Como dije, en uno de los pacientes existe una comorbilidad: el alcoholismo. ¿Cómo lo distinguimos de un estado de ánimo? Quizá hayan oído que una parte de la mejora de la función cognitiva en pacientes con depresión se alcanza mediante el cambio en la sintomatología depresiva y que, con un fármaco como la vortioxetina, una gran parte tiene un efecto directo.[5] Sin embargo, no dejan de ser estadísticas. ¿Cómo se refleja esto en la práctica cotidiana?

Otra pregunta que debemos tener en cuenta es: ¿cuáles son los deterioros funcionales que padecen los pacientes como resultado del deterioro cognitivo? ¿Cuál es la relación entre la función y los síntomas cognitivos? ¿Cómo podemos abordarlos mediante tratamientos y quién debe atender al paciente? Sobre todo en el segundo caso, ¿lo atiende el médico de atención primaria? ¿Lo atiende el psiquiatra? Finalmente, podría ser interesante analizar las diferencias entre países y sistemas. En algunos países, el médico de atención primaria atiende al 90 % de los pacientes con TDM, mientras que en otros esto sería impensable. Los patrones de remisión son distintos, los límites son distintos, etc. Este podría ser un debate interesante.

Espero que estén listos para observar el caso de la primera paciente, que tiene TDM y disfunción laboral. Es la historia de Stella.



Caso núm. 1: una paciente con TDM y disfunción laboral

Narrador: Stella Roth tiene 25 años, es agente inmobiliario y hace aproximadamente dos años que se le diagnosticó el TDM. En ese momento, le recetaron un ISRS (escitalopram, 20 mg/día). Hace cinco meses, Stella experimentó una recidiva. En ese momento, le cambiaron la medicación a venlafaxina (225 mg una vez al día). Aparte de la depresión, Stella tiene buena salud y no toma ningún otro medicamento. En este breve segmento de vídeo, la veremos en una consulta de revisión con su psiquiatra.

Psiquiatra: ¿Cómo estás? ¿Cómo te has sentido?

Stella: Creo que bien.

Psiquiatra: La última vez que nos vimos fue hace un mes y dijiste que creías que el medicamento seguía ayudándote, ¿es así?

Stella: Sí. Sin duda, me ha ayudado.

Psiquiatra: Pero ¿aún no te sientes como deberías sentirte?

Stella: En realidad, no.

Psiquiatra: ¿Sigues tomando el medicamento todos los días?

Stella: Sí.

Psiquiatra: ¿Y no tienes ningún efecto secundario?

Stella: No, para nada.

Psiquiatra: Cuando nos conocimos, te pregunté cómo te sentías en una escala del 0 al 10, en la que 0 es “No podría estar peor” y 10 es “Salud mental óptima”. Me dijiste que te sentías en el tres.

Stella: Así es.

Psiquiatra: Últimamente, te has sentido en el cinco o seis, lo cual es alentador. ¿En qué porción de la escala dirías que estás la mayor parte del tiempo?

Stella: Probablemente, en el siete.

Psiquiatra: Definitivamente ha habido una mejora, pero parece que debemos continuar trabajando un poco más.

Stella: Mi estado de ánimo en general ha mejorado con seguridad. Mi novio dice que parece que estoy más contenta y menos irritable.

Psiquiatra: Comprendo. ¿Qué debería ocurrir para que pasaras del siete a, digamos, un ocho o un nueve?

Stella: No me siento siempre tan triste, pero aún sigo sin mucha energía. Me falla bastante la memoria. Sigo perdiendo las cosas y cometo todo tipo de errores.

Psiquiatra: ¿Puedes darme algunos ejemplos, Stella?

Stella: Bueno, estoy teniendo muchos problemas en el trabajo.

Psiquiatra: ¿Sigues trabajando como agente inmobiliario?

Stella: Sí. He faltado a varias reuniones con gente que quería comprar o vender casas porque anotaba mal la dirección o directamente me olvidaba de que tenía que ir. No sé qué me pasa. Dejé a una pareja esperando bajo la lluvia mientras yo estaba al otro lado de la ciudad esperándolos en la casa equivocada. Perdí la venta y ahora no quieren seguir trabajando conmigo.

Psiquiatra: Veo que todo esto podría traerte algunos problemas. ¿Alguna vez habías olvidado compromisos antes de la depresión?

Stella: No, nunca.

Psiquiatra: Comprendo. Dijiste que, antes de la depresión, solías alternar con tus amigas por la noche y que también ibas a un club de lectura todas las semanas, ¿no es así?

Stella: Así es.

Psiquiatra: Luego dejaste de querer salir y de ver a tus amigas e incluso dejaste de hablarles con frecuencia.

Stella: Sí.

Psiquiatra: ¿Eso ha cambiado de alguna manera desde que estás tomando el medicamento?

Stella: Hablo con mis amigas con más frecuencia e intento salir con ellas, pero en este momento me cuesta un poco más organizarme para reunirme con ellas.

Psiquiatra: ¿Has vuelto al club de lectura?

Stella: Sí, he ido un par de veces. El problema es que he intentado leer en la cama, como solía hacer, pero me quedo leyendo el mismo renglón una y otra vez y luego comienzo a quedarme dormida. Creo que, de alguna manera, eso es bueno, ya que he dejado de tener insomnio.

Psiquiatra: Eso es cierto. Dormir bien de noche es una mejora evidente.

Stella: Estoy de acuerdo, pero sigo sin funcionar bien en el trabajo.

Psiquiatra: ¿Qué tal tu relación en casa? ¿Has experimentado algún cambio en cuanto a la libido?

Stella: Ah, eso. Realmente, no. Es decir, tenemos relaciones sexuales, pero, sinceramente, yo no quiero.

Psiquiatra: Cuando tenéis relaciones, ¿hay alguna diferencia en tu capacidad para llegar al orgasmo si la comparas con la de antes de estar deprimida?

Stella: No. Cuando lo hacemos, sigue siendo bueno. Simplemente no tengo ganas.

Psiquiatra: Bien, sin duda parece que estás mejorando con el medicamento. ¿Te gustaría continuar con el tratamiento un tiempo más y ver qué pasa?

Stella: No lo sé. No quiero arriesgarme a volver a estar triste e irritable todo el tiempo, pero me pagan a comisión, por lo que, si no me organizo en el trabajo, no gano dinero y eso empeora las cosas.

Debate de los expertos

Respuestas del público: pregunta núm. 1

Stella califica su estado actual de 7 sobre 10. Según ella, ¿una mejora en cuál de los siguientes síntomas la acercaría al 10?

1. Estado de ánimo
2. Memoria, concentración y funcionamiento
3. Libido
4. Patrón del sueño
5. Nivel de energía



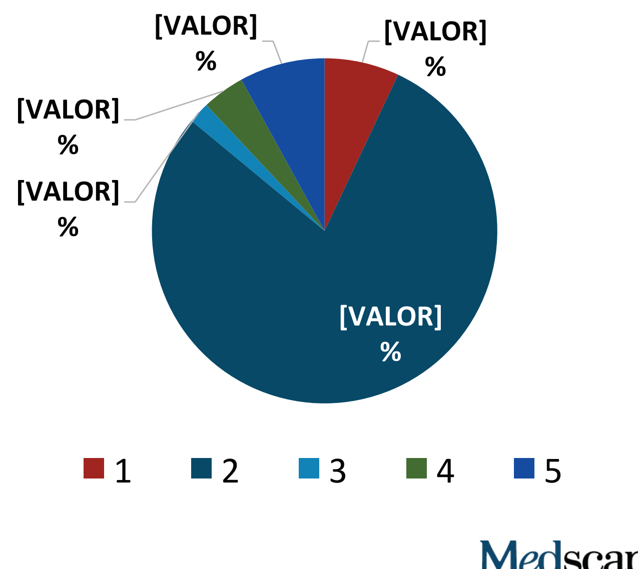
Dr. Demyttenaere: Ese es el caso de Stella. Tenemos una pregunta para ustedes, solo para conocer su opinión.

En la introducción, comenté que no estamos acostumbrados a usar muchos cuestionarios. Dado que no los utilizamos, podría ser útil preguntarle a la paciente cómo se siente en una escala del 0 al 10 y si hubo algún cambio. Stella puntúa su estado actual con un 7. ¿Una mejora en cuál de los siguientes dominios la acercaría al 10? 1) estado de ánimo; 2) memoria, concentración y funcionamiento; 3) libido; 4) sueño; 5) nivel de energía. Esperamos sus respuestas.

Pregunta núm. 1: resultados del simposio

Stella califica su estado actual de 7 sobre 10. Según ella, ¿una mejora en cuál de los siguientes síntomas la acercaría al 10?

1. Estado de ánimo
2. Memoria, concentración y funcionamiento
3. Libido
4. Patrón del sueño
5. Nivel de energía



Medscape EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Entre el público, la libido obtuvo la menor puntuación, mientras que la memoria, la concentración y el funcionamiento obtuvo casi un 80 %. En el vídeo, Stella habló principalmente sobre la falta de memoria, concentración y funcionamiento y sobre los niveles de energía. Es algo interesante, ya que probablemente estén muy vinculados. La libido solo obtuvo un 2 %. Eso me decepciona un poco.

Ahora querrán saber cómo trataría el Dr. Vieta a esta paciente, por lo que lo invito a compartirlo con nosotros.



Dr. Eduard Vieta: Me centraré sobre todo en “cómo tratar a esta paciente”. Cuando preparamos este caso, pensamos acerca de los pacientes que atendemos habitualmente en nuestra práctica diaria. Espero que hayan reconocido algunas de las quejas de Stella en su práctica diaria. En mi experiencia, es muy frecuente que los pacientes sientan alivio con respecto a determinados síntomas, en especial, en el estado de ánimo, la ansiedad y el insomnio, pero que se sigan quejando de otros síntomas. Una de las cosas más importantes, que influye en su trabajo y sus ingresos, es el funcionamiento laboral, que está muy relacionado con el funcionamiento neurocognitivo.

Declaración de conflicto de intereses

- **Para conocer todas las declaraciones de conflicto de intereses, consulte la sección Instructores y declaración de conflictos de intereses de la página de inicio.**



Stella

- 25 años.
- Agente inmobiliario.
- Diagnóstico de TDM hace dos años.
- Al principio, le recetaron escitalopram de 20 mg/día.
- Tuvo una recidiva hace cinco meses.
- Le cambiaron la medicación a venlafaxina de hasta 225 mg/día.





Para resumir el caso, Stella tiene 25 años, es agente inmobiliario y le diagnosticaron TDM hace dos años. Al principio, le recetaron escitalopram de 20 mg una vez al día. Tuvo una recidiva hace cinco meses, por lo que empezó a tomar venlafaxina de 225 mg una vez al día.

Cuestiones clave del caso

- El estado de ánimo y el sueño mejoraron en gran medida después del tratamiento para el TDM.
- Se siente mucho mejor, pero no ha logrado una remisión completa.
- Falta de energía, de concentración y de capacidad para ejercer la función ejecutiva.
- Falta de libido.
- Problemas económicos como resultado de la disfunción laboral.



Como vimos, su situación actual es claramente mejor, pero no se siente bien del todo. La paciente refirió falta de energía y problemas cognitivos, además de otros problemas como el de la libido. ¿Qué debemos hacer con esta paciente? ¿Deberíamos esperar? ¿Deberíamos cambiarle el medicamento? ¿Deberíamos incorporar psicoterapia? Es algo algo que debemos analizar.

Diagnóstico diferencial

- TDM: recuperación lenta
- TDM: recuperación parcial
- Deterioro cognitivo leve
- Otras afecciones
  - Enfermedad neurológica
  - Hipotiroidismo
  - Drogadicción



En primer lugar, debemos analizar el diagnóstico. Como dijimos, por cuestiones de tiempo, solo hemos visto un trozo del vídeo. Creo que ha quedado claro que Stella tiene depresión, ya que acudía una consulta de revisión y el diagnóstico ya se había confirmado. El tratamiento era más o menos eficaz. ¿Podría considerarse como una recuperación lenta? ¿Deberíamos esperar hasta que el medicamento alcance su efecto máximo? ¿O se trata de una recuperación parcial? ¿Deberíamos ser más ambiciosos? Stella también mencionó que no le gustaría perder lo que ha conseguido con el tratamiento. Ha logrado una mejora significativa del estado de ánimo y, en cierto modo, en la energía, el sueño y otras cuestiones. Sale con sus amigas y trabaja.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial. Siempre debemos contemplar la posibilidad de que haya otras afecciones. Podría ser un error suponer que esta es tan solo otra recidiva. Debemos estar seguros de que no se trata de una enfermedad neurológica o de hipotiroidismo. Para ello, debemos preguntar al paciente y, en caso de duda, hacer análisis de sangre o, incluso, una evaluación neurológica completa.

Diagnóstico y evaluación

- **Evaluación médica**
  - Evaluación neurológica completa
  - Análisis de sangre según sea necesario (TSH, drogas)
  - RMN del cerebro, si es necesaria
- **Evaluación neuropsicológica y funcional**
  - Exámenes cognitivos (MMSE, MoCA)
  - Instrumento de examen cognitivo para evaluar la función ejecutiva, la memoria funcional, la velocidad de procesamiento (por ejemplo, uso de DSST, N-back o SCIP)
  - Conjunto de exámenes neuropsicológicos
  - Uso de la escala de autoinforme sobre la función cognitiva
  - Evaluación funcional (FAST, UPSA-B)



Esta diapositiva recoge las que, en mi opinión, son las opciones más plausibles. No obstante, no es necesario que se den todas en todos los pacientes. Podría ser necesario hacer una evaluación neurológica, aunque esto dependería probablemente de la edad del paciente. Si Stella tuviera 65 o 70 años, le haría varias pruebas de interés, ya que podría existir la posibilidad de un deterioro cognitivo leve o haber síntomas iniciales de demencia o incluso de la enfermedad de Parkinson. La paciente parece no tener un trastorno neurológico. No obstante, creo que es importante hacerle una evaluación neurológica. También es importante hacerle análisis de sangre para descartar anemia o hipotiroidismo y detectar un posible consumo de drogas o alcohol, por ejemplo. No creo que Stella deba someterse a una RMN, pero si fuera mayor, probablemente se la haría.

Luego está la cuestión de la evaluación cognitiva. Muchos de nosotros no estamos acostumbrados a hacerla. Los médicos de atención primaria y los psiquiatras pueden llegar a tener muchos pacientes, no tener tiempo y, a veces, no tener experiencia, para realizar una evaluación neurológica completa. Puede ser un poco pesada, pero, en algunos casos, creo que es necesaria. Si atendemos a alguien que podría tener un deterioro neurológico o enfermedad neurodegenerativa, podríamos contemplar hacerle un Mini Examen del Estado Mental (MMSE) o una Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA). Para las afecciones psiquiátricas o generales, podríamos evaluar a los pacientes con alguna herramienta de cribado, como la Prueba de Sustitución de Símbolos y Números (DSST), que mide la velocidad de procesamiento y un breve reconocimiento del funcionamiento ejecutivo y la memoria. Se trata de una prueba muy sencilla, que puede hacerse en muy poco tiempo. Nos ayuda a evaluar si existe un deterioro neurocognitivo e incluso si este está relacionado con la afección psiquiátrica. También existe la prueba N-back, una prueba breve y sencilla en la que pedimos a los pacientes que recuerden la posición de un estímulo visual una determinada cantidad de veces. También tenemos el Examen del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP), otra herramienta rápida de cribado.

En un entorno hospitalario, lo que yo hago, y lo que haría con esta paciente, es un conjunto de pruebas neuropsicológicas. En un contexto ambulatorio, hacer esto puede ser un poco más complicado, pero creo que vale la pena hacer el conjunto de pruebas neuropsicológicas, en especial si hay algún neuropsicólogo que pueda nos pueda ayudar. También resultan útiles las evaluaciones propias del estado cognitivo del paciente, ya que no existe una buena correlación entre lo que los pacientes perciben como su memoria, su estado cognitivo y su deterioro objetivo. Algunos pacientes se quejan de problemas de memoria y, luego, cuando hacemos una evaluación objetiva, no vemos un gran deterioro. También sucede lo opuesto: algunos pacientes no se quejan de falta de memoria, pero cuando hacemos la prueba, nos damos cuenta de que objetivamente tienen un deterioro.

También es interesante hacer una evaluación funcional, si es posible y en función del contexto. Esto implica utilizar escalas como la Herramienta de Evaluación Funcional (FAST), una prueba muy breve y sencilla, y la Evaluación Objetiva Abreviada de las Habilidades Basada en el Rendimiento de la Universidad de California (San Diego) (UPSA-B), que es una prueba de funcionamiento basada en el rendimiento.

Respuestas del público: pregunta núm. 2

En caso de diagnóstico de TDM con recuperación parcial, ¿qué estrategia terapéutica elegiría?

1. Continuar con la medicación durante un mes más.
2. Aumentar la dosis de venlafaxina a 300 mg/día.
3. Cambiar a otro antidepresivo.
4. Potenciar la medicación actual con un segundo fármaco.
5. Incorporar la rehabilitación cognitiva.

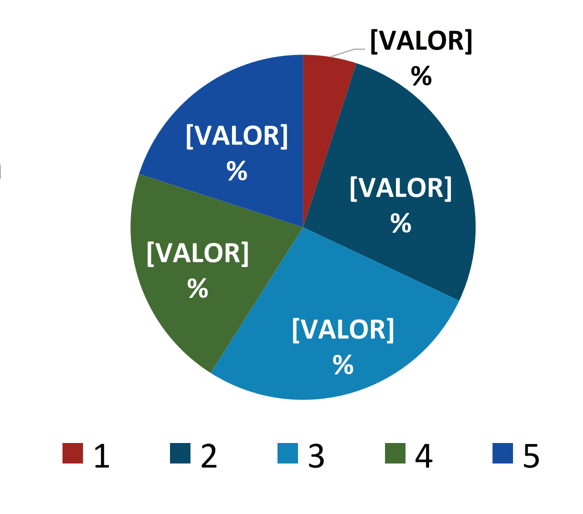


Ahora quiero preguntarles algo. Creo que casi todos estaríamos de acuerdo en un diagnóstico de TDM con recuperación parcial. Si suponemos un diagnóstico de TDM con recuperación parcial, ¿qué estrategia terapéutica elegirían para Stella? 1) Continuar con la medicación durante un mes más y ver si pasa de un siete a un ocho o quizá a un nueve. 2) Aumentar la dosis de venlafaxina a 300 mg al día; quizá con una dosis mayor consiga mejorar. 3) Cambiar a otro antidepresivo con un perfil diferente. 4) Potenciar la medicación actual con un segundo fármaco, ya sea alguno que mejore las propiedades antidepresivas o alguno que tenga efectos procognitivos. 5) Incorporar un tratamiento de rehabilitación cognitiva. Adelante, voten.

Pregunta núm. 2: resultados del simposio

En caso de diagnóstico de TDM con recuperación parcial, ¿qué estrategia terapéutica elegiría?

1. Continuar con la medicación durante un mes más.
2. Aumentar la dosis de venlafaxina a 300 mg/día.
3. Cambiar a otro antidepresivo.
4. Potenciar la medicación actual con un segundo fármaco.
5. Incorporar la rehabilitación cognitiva.



Medscape EDUCATION

Dr. Vieta: Me complace ver que las respuestas del público son bastante diversas. Creo que es una buena noticia que la mayoría de ustedes no sean muy conservadores. En medicina, ser conservador no es necesariamente malo, pero creo que sería demasiado conservador continuar con su medicación tal como está. Si quisiera continuar con su medicación, podría intentar aumentar la dosis. La otra opción sería cambiar a otro antidepresivo, una opción con pros y contras. No existe una respuesta correcta. Todos tienen razón. Cambiar a otro antidepresivo podría implicar ventajas, como dar con algún fármaco con un mejor perfil cognitivo o que pudiera ayudarla con los síntomas sexuales. Podríamos lograr un efecto adicional al cambiar a otro antidepresivo, pero también existe el riesgo de perder el efecto que ya logramos con la venlafaxina. Esto depende un poco de su manera de abordar los problemas y de si es más proactivo y abierto a cambiar e innovar. Luego, tenemos la opción de aumentar la dosis. Podríamos usar un segundo antidepresivo, un antipsicótico de baja dosis o incluso modafinil, por ejemplo, que es un fármaco procognitivo que podría mitigar estos síntomas. Creo que incorporar un tratamiento de rehabilitación cognitiva es una opción excelente, si bien este no está disponible de inmediato para la mayoría de los pacientes.

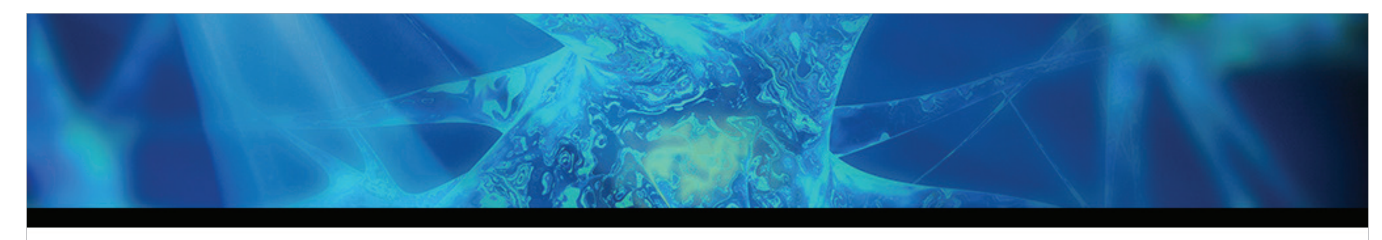
Objetivos terapéuticos que se deben considerar al analizar las opciones de tratamiento

- Evitar el empeoramiento del estado de ánimo, la irritabilidad y el sueño.
- Mejorar la energía y el deseo.
- Mejorar la función cognitiva.
- Aumentar la libido.
- Recuperar el funcionamiento previo.



El objetivo de estas opciones terapéuticas es evitar el empeoramiento de los síntomas y, al mismo tiempo, lograr un mayor funcionamiento. No podemos conformarnos con lo que hemos logrado con la paciente hasta el momento. De lo contrario, es probable que deje de tomar la medicación en algún momento si no se siente mejor y esto afectará de forma adversa tanto a su situación familiar como laboral. Buscamos mejorar su energía, su función cognitiva y su libido si es posible, así como recuperar la función anterior.

Debate de los expertos



Debate de los expertos



Dr. Demyttenaere: Gracias, Eduard. Tenemos una pregunta del público.

Miembro del público: Soy de Canadá. Excelente caso. Me gustaría saber si la paciente tiene alguna comorbilidad, como un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El TDAH no se suele diagnosticar en mujeres jóvenes ni en adultos, tanto hombres como mujeres. ¿Podría ser este parte del diagnóstico? Yo añadiría otra herramienta de evaluación: la Escala autoevaluativa de DATH en adultos (ASRS) de 18 preguntas.

Dr. Vieta: Gracias por su pregunta. No hemos dado información suficiente como para descartar el TDAH en este extracto del caso. Sin embargo, Stella refiere que no ha tenido problemas de este tipo antes. Una forma clave de descartar el TDAH es indagar acerca de su infancia y de sus antecedentes escolares. Yo le haría preguntas de este tipo antes de utilizar una herramienta de evaluación. Si le soy sincero, no soy muy partidario de las herramientas de evaluación si no existen antecedentes claros de TDAH. Tiene razón en que los antecedentes no quedan claros en el extracto del caso.

Dr. Demyttenaere: ¿Alguna otra pregunta?

Miembro del público: En este caso...

Dr. Vieta: Resumiré lo que va diciendo porque no se le oye bien. Ha mencionado un claro deterioro del rendimiento. También dijo que necesitamos más información sobre cuestiones importantes para el caso, ¿es así?

Miembro del público: Sí. Si pudiera pedir una baja laboral y puediera negociarse...

Dr. Vieta: Estoy de acuerdo. Como quizá no se le oye, le diré que este es solo un extracto del caso, pero que resume muchas cuestiones. En todos los casos, es necesario comprender todos los aspectos que rodean al paciente, así como sus relaciones personales y laborales. En este extracto, hacemos hincapié en la relevancia de las cuestiones cognitivas y estas claramente están vinculadas con el funcionamiento y el desempeño laboral de la paciente.

Dr. Demyttenaere: Lo interesante del comentario del miembro del público es que, si existen síntomas cognitivos en pacientes depresivos, es muy probable que estos se deban a la propia depresión. Deberíamos descartar otras posibles causas, como verán en el segundo caso, que incluye el consumo excesivo de alcohol. También estoy de acuerdo en que debemos evaluar si se han producido lesiones en la cabeza. Como mencionó Eduard en su charla sobre el abordaje, debemos investigar a fondo otros motivos que pudieran haber provocado los síntomas cognitivos.

Dr. Vieta: El comentario sobre el TDAH también es relevante.

Dr. Demyttenaere: Otra cosa que ha mencionado, y que es muy interesante, es si la paciente debe o no pedir una baja laboral. Esto podría generar un debate muy completo e interesante en el que se podrían abordar las ventajas e inconvenientes de conceder una baja laboral.

Dr. Vieta: ¿Qué harías en este caso, Bernhard?

Dr. Bernhard Baune: Hemos hablado acerca de las posibles estrategias terapéuticas y también acerca de si debemos potenciar, aumentar o modificar la dosis. Podríamos optar por cualquiera de esas opciones. Yo exploraría en mayor profundidad el temperamento de la paciente o sus objetivos en cuanto a qué quiere lograr en primer lugar, en segundo lugar y en tercer lugar. Si dijera que estaba decidida a aumentar las funciones cognitiva y general, podría contemplar empezar a utilizar un fármaco de eficacia probada con respecto a una mejora de la cognición. Si tuviera dudas al respecto y quisiera mantener, durante varias semanas más lo que hubiera logrado hasta el momento, podría ser mejor aumentar la venlafaxina a 300 mg. Dependería de esta interacción y sería cuestión de explorar en mayor profundidad.

Dr. Demyttenaere: Por otro lado, podría ser razonable aumentar la dosis de venlafaxina a 300 mg. En el resumen de este caso, no se explica si los problemas sexuales también están relacionados con el uso de venlafaxina o si son preexistentes. Ese también podría ser uno de los indicadores que guíe la decisión de cambiar o aumentar la dosis de venlafaxina.

Dr. Vieta: Tenemos tres excelentes preguntas del público. La primera es: "Muchas personas se quejan de la cognición, pero cuando se les hace una evaluación neuropsicológica está todo bien. ¿Es posible que las pruebas no sean lo suficientemente buenas?".

Es cierto lo que dice. No obstante, una de las cosas que a veces detectamos es que los pacientes parecen estar bien, pero que podrían haber tenido un rendimiento mucho mejor antes de la depresión. A veces parecen estar bien según las normas, pero algunos pierden la capacidad funcional. Por otro lado, la depresión puede provocar falta de confianza y de energía para hacer las pruebas. Esto podría distorsionar el rendimiento.

Tenemos otra pregunta al respecto, que dice: "¿Deberíamos medir el deterioro cognitivo antes de comenzar el tratamiento?". La respuesta es que sí, pero entiendo que existen más cuestiones en torno a los aspectos prácticos de cómo abordar dichas pruebas. Estoy bastante a favor de realizar una evaluación breve, pero lo más completa posible, ya que esta es una dimensión que se ha ignorado hasta el momento. Lo ideal sería, como mínimo, una medición subjetiva por parte del paciente, que nos aporte alguna indicación. No es la mejor opción, pero también podríamos hacer alguna de las pruebas de evaluación breves.

La última pregunta dice: "¿Qué sucede si se aumentan los estimulantes en este tipo de casos?". He hablado de modafinil, que no es necesariamente un estimulante. En la pregunta se hace referencia al metilfenidato y otros estimulantes. Podrían ser una posibilidad, si bien no estoy seguro de que sean de gran utilidad. Normalmente, yo no los utilizo, pero no he observado ningún problema en los casos en los que se han utilizado, en especial si había un TDAH. Si hay antecedentes de TDAH, están claramente indicados. Si no, no estoy tan a favor de usarlos.

Dr. Baune: Quisiera comentar algo con respecto a la estrategia de potenciar el metilfenidato. Si observamos los datos sobre el tratamiento de la depresión con un antidepresivo más metilfenidato, veremos que no existe un beneficio contra la depresión.[5] Solo existe un beneficio si el TDAH es una comorbilidad bastante leve. Además del tratamiento médico, está la opción del tratamiento de rehabilitación cognitiva. En el caso de Stella, ya se ha logrado una mejora en el perfil sintomático. Creo que probablemente se beneficiaría de un entrenamiento cognitivo o un tratamiento de rehabilitación cognitiva, en función de si tiene más o menos tiempo. Quizá podría recurrir a una combinación, si bien aún se ha publicado bastante poco al respecto. Como médicos, debemos contemplar la posibilidad de que el paciente comience dicho tratamiento.

Dr. Demyttenaere: Querría añadir que algunos ensayos demuestran que el tratamiento psicodinámico a corto plazo mejora el funcionamiento neurocognitivo.[6] Esto se debe a que las emociones y otros aspectos también pueden contribuir a los síntomas cognitivos. Creo que no solo se trata de la rehabilitación cognitiva. Responderemos una pregunta más antes de pasar al segundo caso.

Miembro del público: Mi pregunta tiene que ver con que Stella sea una mujer muy joven. Tiene deterioro cognitivo y menos libido. ¿Por qué no probar con bupropion en este caso?

Dr. Vieta: Bupropion es ciertamente una opción. Hasta donde sé, no hay ningún estudio que demuestre que bupropion tiene un efecto positivo en la cognición como resultado primario frente a placebo. El perfil de bupropion es adecuado, sin dejar de ser una opción teórica, aunque plausible.



Dr. Demyttenaere: Es momento de pasar al segundo caso, el de Martin. Veremos una breve entrevista con un médico de atención primaria, que se muestra muy optimista al principio. Luego, remite al paciente al psiquiatra, con quien también veremos la entrevista. Veamos la primera parte del caso núm. 2.

Caso núm. 2: un paciente con TDM y una toxicomanía. Parte núm 1: en la consulta del médico de atención primaria (MAP).

Narrador: Martin Hammond tiene 52 años y recientemente lo han despedido de su empleo como director de exportaciones. Martin tiene algo de sobrepeso, pero, por lo demás, goza razonablemente de buena salud. Acude a su médico de atención primaria porque a su esposa le preocupa su desánimo y aumento del consumo de alcohol.

MAP: Sr. Hammond, tome asiento.

Martin: Gracias, doctor.

MAP: No nos vemos desde hace mucho tiempo.

Martin: Sí, es cierto.

MAP: ¿Qué lo trae hoy por aquí?

Martin: Verá... estoy siempre cansado. Parece que no tuviera energía para nada.

MAP: Comprendo. ¿Ha reparado en si duerme más o menos que lo normal?

Martin: De hecho, hace tiempo que no duermo bien del todo. A veces, me tomo un par de copas para poder dormir, pero a mi esposa le preocupa que esté bebiendo demasiado.

MAP: ¿Le preocupa tanto algo como para que le impida dormir?

Martin: Hace poco perdí el trabajo, pero ya me costaba dormir antes de eso.

MAP: ¿Está de acuerdo con su esposa en que quizá beba demasiado alcohol? ¿Alguna vez ha pensado que debería beber menos?

Martin: Sí, es probable que beba más de la cuenta, pero las cosas no me han salido bien últimamente.

MAP: ¿Le molesta que su esposa lo critique por beber o que otras personas comenten sobre cuánto bebe?

Martin: Creo que exageran. Mi jefe me dijo algo al respecto una vez, pero pensé que era la presión del trabajo lo que me hacía beber.

MAP: ¿El trabajo le provocaba mucho estrés?

Martin: Sí. La empresa esperaba un aumento mensual de las ventas de mi departamento. Es imposible crecer todos los meses.

MAP: Parece que estaba sometido a mucha presión.

Martin: Sin duda. A ver, me encantaba mi trabajo y también todos esos retos. Era muy bueno en lo que hacía. Pero, de repente, empecé a notar la presión y a dejar de dormir bien por la noche. Me sentía muy cansado y me daba cuenta de que no podía prestar atención en las reuniones y de que se me olvidaba hacer lo que debía hacer.

MAP: ¿Esta presión también influyó en su estado de ánimo?

Martin: Sí, supongo que sí.

MAP: ¿Podría contarme cómo se sentía?

Martin: Bueno... me sentía triste la mayor parte del tiempo. Mi esposa dice que llevo mucho tiempo angustiado. Solía preguntarme cómo me había ido el día, pero yo no quería hablar de ello porque me sentía un fracasado.

MAP: Comprendo. Ahora que ya no está en ese entorno, ¿se sigue sintiendo igual?

Martin: Ahora me siento peor, doctor. Me preocupa no encontrar otro empleo, pero tampoco me siento preparado para buscarlo ni para llamar por teléfono. A veces, ni siquiera quiero levantarme de la cama ni vestirme. Mi esposa está molesta porque bebo alcohol. Estoy empezando a pensar que estaría mejor sin mí.

MAP: ¿Qué quiere decir, Sr. Hammond?

Martin: A ver, el otro día estaba en el garaje buscando una cosa y encontré una cuerda y comencé a pensar qué pasaría... luego me di cuenta de que estaba siendo ridículo. Sin embargo, me asusta incluso haber pensado en eso. Todo parece ir de mal en peor.

MAP: Bien, comprendo. Es mucha presión. Me suena a depresión, Sr. Hammond. Hay varias cosas que pueden influir en que se sienta siempre cansado, por lo que le pediré análisis de sangre para asegurarnos de que no haya nada físico que debamos tener en cuenta, pero creo que la prioridad debería ser buscar ayuda para su estado de ánimo y salud mental en general.

Martin: ¿Depresión? ¿Está seguro? Nunca antes la había tenido

MAP: Una depresión puede presentarse en cualquier etapa de la vida y parece ser que usted tenía mucha presión en el trabajo, por lo que me gustaría que buscara la ayuda que necesita para recuperarse.

Martin: Bien.

MAP: Ha estado lidiando con muchas dificultades, así que pienso que sería una buena idea que acudiera a la consulta de un psiquiatra.

Martin: ¿Realmente cree que es necesario?

MAP: La depresión puede ser muy incapacitante, Sr. Hammond. Hay varios tratamientos que pueden marcar una gran diferencia, pero queremos encontrar el mejor para usted. Ha dicho varias cosas que me llevan a pensar que un psiquiatra sería el mejor profesional para ayudarlo. En mi opinión, tiene depresión, pero el consumo de alcohol y la pérdida del trabajo podrían explorarse en mayor profundidad. Un psiquiatra podrá ayudarle a ver lo que le sucede y a contemplar todo el abanico de opciones terapéuticas.

Martin: Bueno. Lo intentaré.

MAP: Excelente. Realmente espero que se mejore.

Debate de los expertos

Dr. Demyttenaere: Este ha sido el vídeo de la consulta con el médico de atención primaria. Antes de pasar a la segunda parte, sería interesante preguntarle a Sarah Bromley si no piensa que es aún pronto para remitir al paciente al psiquiatra.

Dra. Sarah Bromley: En Reino Unido, sería poco frecuente remitirlo al final de la consulta como vimos. Inevitablemente, ocurre lo mismo que en el caso anterior: debemos mostrar algo breve y que transmita la idea. Probablemente este sea el resumen de tres o cuatro consultas diferentes. Normalmente, pasaríamos más tiempo explorando algunas de las otras cosas que menciona el paciente. En la siguiente cita, tendríamos los resultados de los análisis de sangre y los interpretaríamos antes de contemplar una remisión al psiquiatra. Dicho esto, creo que, en Reino Unido, aproximadamente el 90 % de los pacientes con depresión recibe tratamiento en atención primaria. Es cierto que Martin tiene signos concretos de alarma. Tiene ideas suicidas y es alcohólico. Tiene 52 años, por lo que está dentro del intervalo de edad con alto riesgo de suicidio. Vistos algunos de estos factores, yo probablemente querría explorar el riesgo suicida y buscar ayuda adicional. Quizá podríamos contemplar la idea de remitirlo antes que a otros pacientes que no tuvieran esos factores de riesgo.

Dr. Demyttenaere: Gracias por el comentario. Creo que el momento de remisión probablemente difiere en función del país. Podemos volver a eso más adelante en el debate. Primero, tenemos una pregunta para el público.

¿Qué le gustaría explorar con mayor profundidad en este paciente? 1) El consumo de alcohol; 2) el insomnio; 3) el sentimiento de desvalorización; 4) sus dificultades laborales o 5) los resultados de los análisis de sangre.

Respuestas del público: pregunta núm. 3

¿Qué le gustaría explorar con mayor profundidad en este paciente?

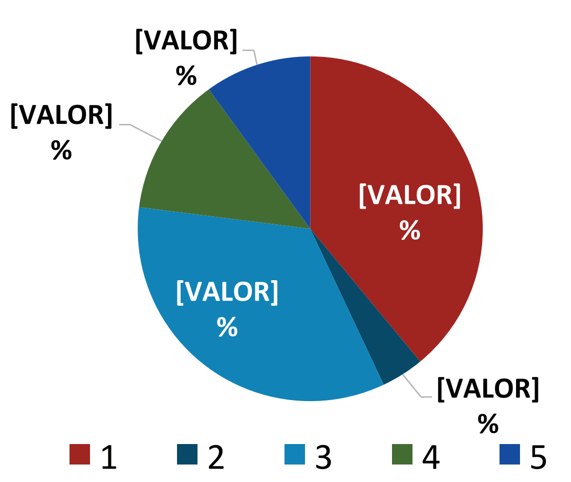
1. El consumo de alcohol
2. El insomnio
3. El sentimiento de desvalorización
4. La dificultad laboral
5. Los resultados de los análisis de sangre



Pregunta núm. 3: resultados del simposio

¿Qué le gustaría explorar con mayor profundidad en este paciente?

1. El consumo de alcohol
2. El insomnio
3. El sentimiento de desvalorización
4. La dificultad laboral
5. Los resultados de los análisis de sangre





Dr. Demyttenaere: Interesante respuesta del público. Sarah, cuando hablamos sobre esto, dijiste que salud mental no admitiría a un paciente con alcoholismo si no se resolvía primero ese problema.

Dra. Bromley: Hay muchas diferencias entre los sistemas de todo el mundo, pero definitivamente en Reino Unido, los pacientes toxicómanos y alcohólicos van en una dirección y los pacientes con problemas mentales van en otra. Es muy importante reconocer a los pacientes como Martin en la visita médica. En mi trabajo en las prisiones, suelo ver a reclusos excluidos de los servicios de salud mental debido a una toxicomanía y que, por lo tanto, no han recibido un tratamiento adecuado por sus trastornos mentales. Sin duda, es una tragedia.

Dr. Demyttenaere: ¿Es el alcoholismo un problema mental o es algo diferente? Ya tenemos algo sobre lo que reflexionar.

Mientras tanto, Martin tuvo tiempo para buscar un psiquiatra. Vamos a ver la segunda parte del caso, que es la entrevista con el psiquiatra.


Caso núm. 2:
Un paciente con TDM y una toxicomanía. Parte núm 2: en la consulta del psiquiatra
Medscape
EDUCATION

Caso núm. 2: un paciente con TDM y una toxicomanía. Parte núm 2: en la consulta del psiquiatra.

Psiquiatra: Me ha llegado una carta de su médico de cabecera, el Dr. Dawson.

Martin: Sí.

Psiquiatra: Me indica que usted ha tenido dificultades recientemente en el trabajo y en casa y que se ha sentido muy angustiado y agobiado.

Martin: Correcto.

Psiquiatra: ¿Cómo se siente ahora?

Martin: Hoy estoy muy cansado, como de costumbre. Anoche no dormí casi nada. Ni siquiera iba a venir porque no tenía ganas. No creo que pueda ayudarme, pero mi esposa me ha obligado, así que...

Psiquiatra: Continúe, Sr. Hammond.

Martin: Simplemente no tengo ganas de hacer nada ni de ir a ninguna parte. Me preocupa mucho no tener empleo. La semana pasada, un amigo me comentó que una empresa estaba buscando a un gerente con mi experiencia, pero ni siquiera me molesté en llamar. Al final, cuando me obligué a hacerlo, se me había olvidado dónde había puesto los datos de contacto.

Psiquiatra: ¿Había tenido problemas de organización anteriormente?

Martin: No, por lo general, soy muy proactivo y organizado. No sé qué me ha pasado.

Psiquiatra: ¿Recuerda la primera vez que se sintió así?

Martin: Creo que fue hace un año. Tenía mucha presión en el trabajo. Nueva gerencia, objetivos más estrictos. Comencé a odiar ir a trabajar. Debía estar pendiente de muchas cosas, pero tenía la cabeza en otra parte.

Psiquiatra: Se le olvidaban cosas y cometía errores.

Martin: Sí. Y parecía ser cada vez peor.

Psiquiatra: ¿Puede darme algunos ejemplos?

Martin: Una vez, cometí un error en el pronóstico de ventas de mi departamento. Le asigné aproximadamente un 20 % más de lo correcto y eso generó un problema enorme.

Psiquiatra: ¿Nunca antes había hecho algo así?

Martin: No, nunca. Siempre he sido muy meticuloso, especialmente con los números.

Psiquiatra: Bueno, parece que tenía muchas responsabilidades. ¿Con qué otras cosas comenzó a tener dificultades en ese momento?

Martin: Solía llevar adelante varias reuniones; algunas son muy enérgicas. Comencé a tener dificultades para seguir el hilo del debate y algunas veces no estaba muy seguro de lo que se había hablado una vez terminada la reunión.

Psiquiatra: Comprendo. Entonces, ¿diría que ha experimentado un cambio de ánimo, que ha comenzado a sentirse angustiado, aproximadamente al mismo tiempo que comenzó a tener dificultades para concentrarse y cumplir con sus tareas laborales?

Martin: Sí, creo que ocurrió todo a la vez.

Psiquiatra: Comprendo. Ha dicho que odiaba ir a trabajar. ¿Cómo se sentía con respecto a la vida en general?

Martin: A decir verdad, todo parecía dejar de tener sentido. Dejé de querer salir con mis amigos e invitar a nadie a cenar. Los fines de semana, en lugar de cuidar del jardín, simplemente me quedaba sentado. Ahora tengo más tiempo - porque no estoy trabajando - pero el jardín nunca ha estado peor.

Psiquiatra: Incluso ahora que no está trabajando, ¿sigue sin poder concentrarse?

Martin: Así es. Ni siquiera puedo ayudar mucho a mi esposa porque me olvido de hacer lo que me pide. Comienzo a leer el periódico, pero, generalmente, me rindo antes de terminar la primera página porque en verdad no comprendo lo que dice.

Psiquiatra: ¿Está bebiendo más de lo que solía beber?

Martin: Sí.

Psiquiatra: ¿Cuándo comenzó a beber más, Sr. Hammond?

Martin: Probablemente, unos meses después de que todo esto empezara. No dormía bien, así que empecé a tomarme una copa antes de acostarme para poder dormir y luego, poco a poco, comencé a tomar esa copa más temprano. Luego, eran dos o tres copas.

Psiquiatra: ¿Bebía en algún momento durante la jornada laboral?

Martin: En el trabajo no, pero una noche salí con el otro equipo de gerentes y bebí más de la cuenta. Mi jefe comentó algo al respecto al día siguiente.

Psiquiatra: Al Dr. Dawson le preocupa que haya llegado a pensar que su esposa estaría mejor sin usted.

Martin: Sí. Algunas veces creo que es así, pero no haré ninguna locura. Pensé eso una sola vez y me di cuenta de que me estaba pasando algo malo si había llegado a pensar eso, pero me siento tan desesperado.

Psiquiatra: Lo que usted siente, Sr. Hammond, no es nada inusual para alguien que ha estado bajo el tipo de presión que usted estuvo. Sus análisis de sangre revelan que no hay motivos físicos aparentes para sus síntomas. Usted padece lo que se conoce como un trastorno depresivo mayor. Lo importante es que sepa que podemos hacer algo al respecto. Vamos a comenzar a tratarle. No percibirá cambios de la noche a la mañana, pero dentro de algunas semanas debería comenzar a sentirse más como antes.

Martin: Gracias, doctor. De verdad que no quiero sentirme más así.



Dr. Demyttenaere: Esta ha sido la segunda parte del segundo caso. Ahora me gustaría que Bernhard hiciera una serie de comentarios sobre este caso.

Cómo trataría a un paciente con TDM y una toxicomanía

Dr. Baune: Muchas gracias.

Declaración de conflicto de intereses

- Para conocer todas las declaraciones de conflicto de intereses, consulte la sección Instructores y declaración de conflictos de intereses de la página de inicio.



Martin

- Falta de energía, cansancio, falta de deseo
- Falta de interés, de concentración y de capacidad para ejercer la función ejecutiva
- Tristeza y angustia, con breves ideas suicidas
- Introversión
- Falta de confianza
- Alcoholismo
- Pérdida del empleo





Lo que resulta especialmente interesante de este caso es que ahora contamos con un panorama bastante amplio sobre la consulta al médico de atención primaria y al psiquiatra. También queda muy claro que la consulta al médico de atención primaria recopila los síntomas que el paciente ha referido de forma transversal y la consulta al psiquiatra intenta desentrañar la causa y los efectos, así como la cronología del desarrollo de los síntomas, además de los efectos de este desarrollo.

Quisiera repasar esto en mayor detalle. Hasta el momento, hemos visto que el paciente ha tenido varios síntomas, que abarcan un amplio espectro de dominios. Comenzamos con la energía, los síntomas del estado de ánimo y, a continuación, deterioro de la función cognitiva. Le costaba leer y concentrarse. Además, también tuvo problemas de desempeño laboral, lo que añade problemas de rendimiento. Además de todo esto, intentó compensar sus síntomas automedicándose con alcohol un poco más adelante. También tuvo problemas con esto. Dejó de querer socializar, por lo que su familia y su vida social se vieron afectadas en cierto modo. Todo culminó con la pérdida del empleo. Es realmente importante para nosotros, antes de comenzar a tratar a alguien como él, desentrañar la causa y el efecto.

Evaluación

- Antecedentes: causa y curso del desarrollo de los síntomas
  - Los problemas cognitivos y de funcionamiento en el trabajo y en el hogar pueden contribuir en gran medida al inicio y al curso de la depresión.
  - El estrés y las expectativas cambiantes en el trabajo pueden ser tanto una causa como un efecto.
  - El alcoholismo es secundario a la depresión.
  - Con el paso del tiempo, la introversión es secundaria a la falta de funcionamiento y los síntomas de depresión.
  - Más tarde, podemos estar agotados de la vida y sentirnos desvalorizados, además de tener graves episodios depresivos.

Medscape EDUCATION

En la presentación del caso, Martin dijo que los problemas habían comenzado hacía aproximadamente un año, cuando observó un aumento en la presión laboral que no podía gestionar muy bien, por lo que cometía errores. Tampoco podía desempeñarse bien. No queda del todo claro de dónde proviene eso en ese momento y si se relaciona con el estrés o es una respuesta a un aumento de los problemas laborales. Quizá tuviera problemas cognitivos iniciales, que implicaron problemas de rendimiento laboral, como una consecuencia en lugar de una causa. También se produjo un descenso del rendimiento laboral al principio y un aumento del estrés derivado de su falta de capacidad para cumplir con sus labores. Hay como una especie de reacción en cadena y una espiral descendente en este paciente.

El consumo de alcohol, claramente, es un problema secundario en materia de desarrollo en el tiempo. Por supuesto, querríamos saber si este hombre consumía alcohol anteriormente y si había tenido algún problema con las drogas o el alcohol; algo que no se menciona aquí. Estas serían las preguntas adicionales que yo formularía en una entrevista más extensa.

Podríamos decir que la falta de interacción social fue más una consecuencia de la falta de funcionamiento, de la falta de confianza y del aumento de los síntomas depresivos, de la sensación de desesperación y de estar cansado de la vida. Creo que, a menudo, vemos esto en los pacientes en nuestros consultorios. Aquí se ilustró muy bien que hubo un aumento de la gravedad de los síntomas con el paso del tiempo. No comenzaron de un momento a otro. Se desarrollaron paulatinamente durante al menos un año en este caso.

Evaluación (cont.)

- Evaluaciones cognitiva, funcional y del estado de ánimo
  - Entrevista psiquiátrica y evaluación relativa al alcoholismo.
  - Instrumento del examen cognitivo para evaluar la función ejecutiva, la memoria funcional, la velocidad de procesamiento (por ejemplo, uso de DSST).
  - Evaluación clínica del funcionamiento laboral, la función social, las relaciones y el ocio.
  - Uso de la escala de autoinforme sobre la función cognitiva.
- Evaluación médica
  - Revisar los análisis de sangre para evaluar la función hepática - por el alcoholismo - y para excluir otras posibles causas de depresión.
  - TAC o RMN del cerebro.



Tenemos claro el curso temporal del desarrollo de los síntomas durante ese año. Lo que podríamos hacer en este caso, como en el anterior, es ampliar la entrevista psiquiátrica con algunas otras preguntas relevantes, una evaluación de riesgos, etc. En este paciente, la evaluación del consumo excesivo de alcohol debe ampliarse para incluir los problemas de alcoholismo previos, además de los problemas relacionados con el estrés en el pasado. Cuando tenía problemas en el trabajo, ¿cómo lidiaba con ellos? ¿Seguía un patrón similar o distinto? También pensaría que este paciente podría beneficiarse de algunos instrumentos o preguntas de evaluación sobre el rendimiento cognitivo, en particular, la función ejecutiva, porque ha cometido errores al pronosticar las ventas para su departamento. Quizá hubo algunos errores en los cálculos. La memoria funcional representaba un problema, así que podríamos hacer una prueba como la DSST, que es una prueba corta que dura de 90 a 120 segundos. Las pruebas de memoria funcional, como la prueba N-back, pueden ejecutarse de forma bastante sencilla. En la actualidad, se están desarrollando nuevas pruebas de evaluación cortas que duran de 10 a 15 minutos en general y que combinan mediciones objetivas y subjetivas de la función cognitiva. La herramienta Thinc se está desarrollando en este momento y es probable que pueda usarse el año que viene. El objetivo es disponer de algo breve, sencillo y fiable para usar en la práctica clínica. Los psiquiatras deben ser capaces de realizarlas ellos mismos en lugar de tener que enviar a alguien para hacer una evaluación cognitiva extensa.

Para medir la función, pueden usarse cuestionarios de autoinforme. En este caso, el problema del funcionamiento laboral está bastante claro. Podría evaluarse junto con la función social. El funcionamiento en las relaciones también podría evaluarse en mayor profundidad. Hemos oído que el psiquiatra dijo que los análisis de sangre fueron negativos, así que no hay problemas físicos. Podríamos utilizar una TAC o una RMN de este señor para averiguar algo sobre el alcoholismo, en función de la duración de este problema, para evaluar si hay atrofia o cambios cerebrales.

Diagnóstico diferencial

- Episodio depresivo mayor
- Consumo excesivo o dependencia del alcohol
- ¿Trastorno neurológico o encefalitis?



Para realizar un diagnóstico diferencial, en términos de jerarquía y prioridad, diría que este es un episodio depresivo mayor. En segundo lugar, este paciente es alcohólico. También debemos considerar como algo importante, pero quizá poco probable, que podría tratarse de un trastorno neurológico del tipo de la encefalitis. Debemos tenerlo en cuenta. Los análisis de sangre habrían demostrado resultados negativos en cuanto a marcadores de inflamación, si bien también hay tipos de encefalitis no inflamatoria. No es algo seguro y probablemente es poco viable, pero es algo que deberíamos explorar en mayor profundidad.

Respuestas del público: pregunta núm. 4

Supongamos que tenemos un diagnóstico de episodio depresivo mayor, ¿cuál sería su enfoque terapéutico?

1. Tratar el alcoholismo en primer lugar.
2. Tratar la depresión en primer lugar.
3. Tratar la depresión y el alcoholismo de forma simultánea.
4. Tratar los síntomas cognitivos.
5. Tratar todos los síntomas a la vez.

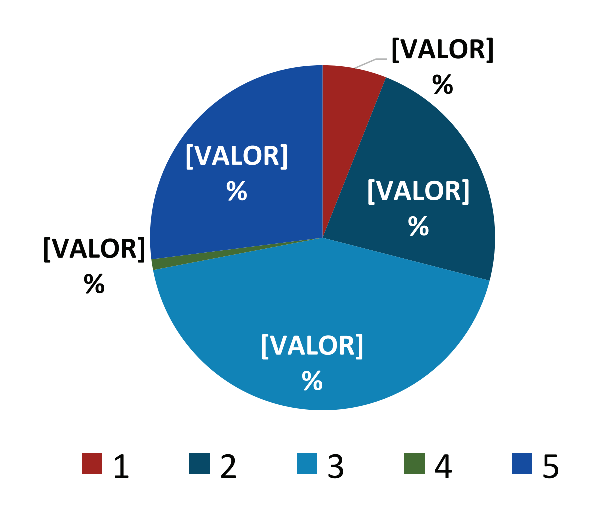


Quisiera hacerles una pregunta. Supongamos que tenemos un diagnóstico de episodio depresivo mayor, ¿qué enfoque terapéutico elegirían? 1) Tratar el alcoholismo en primer lugar; 2) tratar la depresión en primer lugar; 3) tratar los dos de forma simultánea; 4) tratar los síntomas cognitivos; 5) tratar todos los síntomas a la vez.

Pregunta núm. 4: resultados del simposio

Supongamos que tenemos un diagnóstico de episodio depresivo mayor, ¿cuál sería su enfoque terapéutico?

1. Tratar el alcoholismo en primer lugar.
2. Tratar la depresión en primer lugar.
3. Tratar la depresión y el alcoholismo de forma simultánea.
4. Tratar los síntomas cognitivos.
5. Tratar todos los síntomas a la vez.





Dr. Baune: El 43 % de los miembros del público respondió que tratarían la depresión y el alcoholismo de forma simultánea. Esto va un poco en contra de algunos de los sistemas con los que trabajamos, como el de Reino Unido. Otros sistemas sanitarios de Europa y del mundo no nos permitirían hacerlo o lo harían con algunas dificultades entre las disciplinas. Estoy de acuerdo en que este es el enfoque más razonable.

Por otro lado, algunos participantes tratarían primero el alcoholismo. Hay un argumento que quizá es un poco antiguo. Si tratamos el alcoholismo primero y existe una depresión remanente después, podemos tener una depresión importante. Es como un ensayo terapéutico. En parte es así, por lo que entiendo todo esto. El 23 % de los miembros del público tratarían la depresión en primer lugar y el 27 % está a favor de tratar todos los síntomas a la vez. Tratar los síntomas cognitivos aislados parece ser la opción de la minoría y esto tiene sentido si los vemos como una consecuencia y no como una causa del trastorno depresivo. Sin embargo, se podría decir que, si quisiéramos tratar todos los síntomas a la vez, estos incluirían los síntomas cognitivos.

Tratamiento

- **Principios**
  - Tratar la depresión de forma eficaz.
  - Tratar la dependencia y el consumo de alcohol de forma general.
  - Utilizar medicamentos e intervenciones psicológicas.
- Contemplar el uso de un antidepresivo eficaz tanto para el estado de ánimo, como para la función cognitiva y el funcionamiento general.
- Contemplar un tipo de antidepresivo con buena tolerancia y considerar los posibles acontecimientos adversos para el hígado.
- Abordar los síntomas y la función cognitivos considerando opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Considerar la remisión a un programa de rehabilitación cognitiva.
- Participar en un programa de tratamiento del alcoholismo a largo plazo, además de tratar la abstinencia médica.



Este caso ilustra claramente que debemos tratar la depresión de forma eficaz. Debemos tratar la dependencia al alcohol, así como su consumo excesivo de forma simultánea. Lo que también debemos tener en cuenta, además de los medicamentos o de los antidepresivos, es que debemos combinarlos con intervenciones psicológicas, tales como terapia cognitivo-conductual (TCC), rehabilitación cognitiva o entrenamiento cognitivo. En lo que atañe a combinación de medicamentos con TCC o rehabilitación cognitiva, lo más eficaz parece ser las mejoras con el tratamiento farmacológico inicial seguidas de las mejoras a nivel clínico, momento en el que se inicia la TCC o rehabilitación cognitiva.[7] Aquí, la clave parece ser la combinación.

Probablemente, debamos tener en cuenta un antidepresivo que haya demostrado eficacia tanto para tratar la depresión como los síntomas cognitivos. Desde el punto de vista clínico, interpretaría que este paciente ha comenzado con un deterioro cognitivo o funcional en el trabajo, que lo llevó a la depresión y a la espiral descendiente hacia el estrés y la incapacidad de lidiar con las crecientes demandas laborales. Yo utilizaría un fármaco que mejore realmente la función cognitiva en las evaluaciones y también contemplaría un cambio transcurrido un tiempo de tratamiento determinado.

Como dije, dar la posibilidad de mejorar la función cognitiva mediante programas de rehabilitación cognitiva es muy importante, aunque conseguirlo podría no ser muy sencillo.

Consideraciones generales para debatir

- La función de los síntomas cognitivos y la pérdida funcional en el inicio y el curso de la depresión.
- La función del alcohol en los síntomas depresivos y como factor que contribuye a los síntomas cognitivos en la depresión.
- Evaluación de la función cognitiva y general en el consultorio de un psiquiatra.
- Tratamiento del alcoholismo como parte fundamental en la mitigación de la depresión y la mejora de los síntomas cognitivos.
- Contemplar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para la depresión, el alcoholismo, los síntomas cognitivos y la pérdida funcional.



A continuación, recogemos una serie de cuestiones que podrían generar un debate entre los expertos y que ustedes podrían incluir en sus tarjetas de preguntas. ¿Cuál puede ser la función de los síntomas cognitivos y de la pérdida funcional en el inicio y la causa de la depresión? Creo que estos casos nos han dado varias pistas, pero considero que hay más para debatir. En lo que atañe al papel del alcohol y la depresión en los síntomas, ¿el alcohol disminuye la capacidad general de pensar y sentir? Puede tener un impacto negativo sobre la función cognitiva y, por lo tanto, contribuye directamente a un aumento de los síntomas de la depresión. Cómo evaluar determinados aspectos de la cognición y del funcionamiento general es algo que debemos analizar en mayor profundidad.

Debate de los expertos

Dr. Demyttenaere: Gracias, Bernhard. Vamos a responder a una o dos preguntas de los expertos y, a continuación, pasaremos a la presentación de Sarah, que incluye la perspectiva de la atención primaria.

Dr. Vieta: Quisiera hacer un comentario. Como ha dicho Sarah, en muchos países, tenemos dos vías de ingreso en el sistema. Una es por toxicomanía y, otra, por depresión. Mi opinión, en este caso, es que la depresión parece ser lo más importante. Aunque mi respuesta a su pregunta fue que abordaría todo, sinceramente, me arriesgaría a tratar la depresión. No desestimaría los problemas cognitivos porque, de lo contrario, podríamos tener el mismo resultado que con Stella, con quien mejoramos la depresión pero no la cognición. Por otro lado, le daría una oportunidad a la orientación sobre el alcoholismo para ver si el paciente deja de beber. No acudiría necesariamente a un experto en toxicomatía, sino que le recomendaría algún tipo de psicoterapia que se centrara en mejorar la depresión y en intentar convencer al paciente de que dejara de beber. Creo que esto suele funcionar en casos como este, en los que el paciente no ha sido alcohólico toda su vida.

Dr. Baune: Estoy de acuerdo. Excelente comentario.

Dra. Bromley: Querría decir que, hasta el momento, no sabemos si tiene alguna dependencia. Solo sabemos que consume alcohol y que consume más de lo aconsejable. Por lo tanto, suponer que es alcohólico y tomar esa vía, en primer lugar, podría no ser lo mejor para el paciente.

Dr. Demyttenaere: Gracias. Me gustaría que Sarah hiciera algún comentario desde su perspectiva como médica de atención primaria.



Dra. Bromley: Gracias. Voy a hablar un poco sobre la atención primaria y sobre cómo podríamos tratar la depresión.

Declaración de conflicto de intereses

- **Para conocer todas las declaraciones de conflicto de intereses, consulte la sección Instructores y declaración de conflictos de intereses de la página de inicio.**



Función del MAP en Reino Unido

- La evaluación inicial del paciente incluye una consulta de 10 minutos.
- Al evaluar la depresión con un componente cognitivo, buscamos:
  - Descripciones del paciente sobre el efecto en su funcionamiento diario, especialmente en el trabajo (los pacientes, por lo general, no refieren quejas directas sobre problemas cognitivos).
- Realizamos una evaluación física inicial.
- Generalmente, tratamos los casos evidentes de depresión sin derivarlos a un psiquiatra.
- Asimismo, realizamos un seguimiento de los pacientes después del tratamiento psiquiátrico y supervisamos la salud física y los efectos secundarios.
- Buscamos adoptar un enfoque de tratamiento compartido, con la participación de todos los profesionales implicados en la atención del paciente.

Medscape EDUCATION

¿Qué haríamos en Reino Unido con un paciente con depresión? La evaluación inicial del paciente dura, por lo general, 10 minutos, aunque yo me suelo tomar más tiempo. Es probable que muchos de mis colegas también lo hagan, ya que estos pacientes pueden ser muy complejos y referir muchos síntomas y necesidades complejas. En mi experiencia, no vienen y te dicen: “Tengo este síntoma, que es un síntoma de depresión”. Vienen cuando se les desmorona la vida y las cosas les salen fatal. Intentar desentrañar eso puede ser bastante complicado.

El público mencionó antes problemas como el TDAH y lesiones cerebrales como posibles factores. Como médicos de atención primaria, tenemos una postura única a la hora de conocer esos antecedentes y comprenderlos. Podemos acortar algunas de esas charlas si conocemos los antecedentes familiares y los propios antecedentes del paciente.

En el contexto de la depresión, creo que en este momento muchos sistemas utilizan escalas de clasificación para la depresión. En Reino Unido, la que se utiliza con mayor frecuencia es el Cuestionario de 9 preguntas sobre la salud del paciente (PHQ-9). Este incluye una pregunta sobre la concentración y la capacidad para pensar, trasladarse, etc. Las personas, por lo general, no se quejan directamente de estas cosas. Sospecho que muchos otros médicos de atención primaria utilizan esta evaluación sin pensar realmente en sus verdaderas implicaciones. Eso es algo que probablemente debamos abordar en mayor profundidad, si bien el funcionamiento, según tengo entendido, es algo que la atención primaria trata muy bien. Comprendemos las vidas de nuestros pacientes y trabajamos con ellos cuando se les complican.

Una evaluación física inicial podría ser muy importante, en especial si queremos descartar comorbilidades. Hasta el momento, hemos hablado de comorbilidades psiquiátricas, pero cuando las personas envejecen, pueden tener otras comorbilidades. Tendemos a recetar muchos medicamentos que pueden influir en el funcionamiento de las personas, en particular en la función cognitiva. Es realmente importante hacer una evaluación exhaustiva de todas sus recetas. Esta puede ser una tarea compleja si el paciente toma de 10 a 15 medicamentos, por ejemplo. Y es aún más compleja en el caso de las cardiopatías, por ejemplo, que son cada vez más frecuentes. Es muy importante que la evaluación física no incluya simplemente un análisis de sangre, sino que comporte el panorama general de ese paciente individual.

Como ya he dicho, en Reino Unido, muchos de nosotros tratamos la depresión sin remitir a los pacientes a un psiquiatra. Esto depende en gran medida del médico de atención primaria. Además, cualquiera de los psiquiatras con los que he trabajado podrían darme un listado de médicos de atención primaria interesados en la salud mental. Estoy segura de que, si han trabajado con su médico local de atención primaria, han tenido esa experiencia, pero muchos de nosotros también damos un tratamiento. La colaboración entre la atención primaria, el psiquiatra y los servicios de salud mental es muy importante. Los médicos de atención primaria cubrimos una función muy importante, ya que trabajamos con los pacientes mientras que el psiquiatra los trata. Creo que juntos podemos hacerlo mejor.

Remisión para la evaluación de un especialista

- Remisión al servicio de un especialista local si:
  - Hay síntomas persistentes de depresión.
  - Existe una disfunción psicológica/social/educativa/laboral moderada o grave.
  - Existe sospecha de una comorbilidad psiquiátrica.
  - Surgen inquietudes con respecto al diagnóstico o a la respuesta al tratamiento.



Hemos hablado un poco acerca de la remisión. Hemos hablado acerca del riesgo de suicidio y de que es un factor importante a la hora de remitir al paciente. Los médicos de atención primaria tenemos un distinto grado de tolerancia al riesgo, así como un distinto nivel de confianza. Yo, dado que llevo mucho tiempo trabajando en las prisiones, tengo una tolerancia que probablemente sea muy alta y quizá no debería serlo. Debo asegurarme de no ser demasiado complaciente, ya que las autolesiones son muy frecuentes en las poblaciones penitenciarias. Sin embargo, algunos médicos de atención primaria tienen un umbral muy bajo y, ante el primer signo de ideas suicidas, remiten al paciente a un psiquiatra. Esto depende. Creo que la mayoría de los médicos de atención primaria derivan al paciente si los síntomas persisten. Si existe un deterioro significativo y las personas no funcionan bien y no mejoran, contemplaríamos una remisión. La comorbilidad psiquiátrica suele implicar la remisión. Antes, mientras hablábamos, se me vino a la cabeza que, cuando las personas mejoran un poco pero siguen pensando que la vida es espantosa, podemos sentirnos molestos. Podemos comenzar a irritarnos con los pacientes porque no mejoran como esperamos que lo hagan. Creo que, algunas veces, compartir eso es lo mejor para el paciente y, algunas veces, también es lo mejor para nosotros. Es bueno compartir un poco la carga.

Temas que deben tratarse con los pacientes

- Método centrado en la persona
  - ¿Qué buscan Martin y Stella?
  - ¿Qué objetivos tienen?
  - ¿Qué buscan o esperan del tratamiento?
- Opciones terapéuticas
  - Antidepresivos
  - Terapia cognitivo-conductual
- ¿Qué otras necesidades tienen los pacientes?
  - Abordar el alcoholismo, los factores del estilo de vida (tales como la nutrición y la actividad física).
  - ¿El paciente tiene alguna comorbilidad que requiere alguna otra evaluación o tratamiento?
  - Atención preventiva.
- ¿Se necesita apoyo psicosocial?



Creo que cada vez es más importante que tratemos de adoptar enfoques más centrados en el paciente en la totalidad de los sistemas sanitarios. Hemos hablado acerca de lo que haríamos como médicos. Sin embargo, ¿cuál es la verdadera finalidad de Martin y Stella? ¿Cuáles son las prioridades clave de nuestros pacientes cuando vienen a nuestra consulta? Algunas veces, sus prioridades clave no son para nada las mismas que las nuestras y explorar eso puede ayudarnos a comprender un poco más por qué podrían no colaborar y por qué no aceptan los tratamientos que les ofrecemos. Quizá no hemos comprendido sus necesidades.

El deterioro cognitivo puede influir en la capacidad del paciente para tomar los comprimidos en el horario en el que deben hacerlo, para acudir a las citas programadas y para participar en tratamientos complejos. Tenemos altas expectativas y, a veces, nos molestamos cuando los pacientes no hacen lo que les pedimos. Dado que el TDM puede influir en la función cognitiva de las personas, deberíamos esperar algunas de estas cosas y adaptarnos en consecuencia. Darle los datos por escrito podría ser interesante para que el paciente recordara lo que le hemos dicho. También hay otras técnicas que podemos emplear.

En lo que atañe a las opciones terapéuticas, obviamente son variadas y también dependerán de su disponibilidad a nivel local. En Reino Unido, tenemos un programa de terapias psicológicas desde hace unos diez años y este ha aumentado, en gran medida, el acceso a la psicología y a la TCC en particular, ya que ese es el tratamiento de referencia del gobierno para muchas afecciones. Sin duda, ha supuesto una ventaja, ya que hay muchas opciones diferentes a las que podemos remitir a nuestros pacientes. Sin embargo, también hay otras necesidades. Hemos hablado del consumo excesivo de alcohol, pero puede haber otros factores relacionados con el estilo de vida que debemos analizar. La nutrición puede ser muy importante. Si el paciente no come bien, se sentirá muy mal. Analizar las opciones alimenticias también podría ser importante. También desempeñan un papel relevante actividad física y la exploración de las opciones y disponibilidad a nivel local en las que el paciente podría participar.

Hemos hablado acerca de las comorbilidades y el apoyo psicosocial. Ya hemos mencionado que la psicoterapia, así como el apoyo al paciente, en particular en cuanto a las toxicomanías, pueden ser muy importantes.

Enfoque holístico

- Aportar información acerca de los servicios locales:
  - Grupos voluntarios o grupos de apoyo locales
- Sitios web y aplicaciones
- Información por escrito acerca de la depresión
  - Diagnóstico, tratamiento y cómo convivir con la depresión
- Alimentación y ejercicio
  - Nutrición saludable, alimentación equilibrada
- Relaciones y mecanismos de apoyo



Se trata de un enfoque holístico. No se trata solo de adoptar el modelo médico de “le hacemos esto para que se sienta mejor”. Existen muchas actividades de apoyo en las comunidades locales. Estas varían en función de la región, pero los grupos de voluntarios pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a los pacientes de cara a una recuperación de la depresión. También existen muchos sitios web y aplicaciones a los que los pacientes pueden acceder. Vale la pena conocerlos para poder asesorar a nuestros pacientes sobre cómo usarlos.

En el contexto de la función cognitiva, es importante que la información que aportemos a nuestros pacientes sea muy equilibrada, ya que los pacientes tienen percepciones negativas acerca de lo que les ocurre. Pueden tomarse muy a pecho cualquier cosa negativa que les digamos, por lo que debemos ser cautelosos y darles opiniones uniformes en la información que les aportamos.

Algo que también olvidamos con mucha frecuencia es contemplar las relaciones de los pacientes, porque ninguno de nosotros habita en una isla desierta. Todos tenemos relaciones e, incluso en nuestras prisiones, los reclusos se relacionan entre sí y con los guardias, si bien no pueden mantener relación con sus familias. Es enormemente importante ser conscientes del impacto que esto tiene en los síntomas depresivos y en el propio funcionamiento del paciente.

Pasemos ahora al debate de los expertos. Gracias.



Dr. Demyttenaere: Gracias, Sarah. Como médica de atención primaria, ¿es más sencillo remitir a un paciente a un psicólogo, a un psiquiatra o no hay diferencia?

Dra. Bromley: Es bastante difícil remitir a alguien a un psicólogo en Reino Unido. Los líderes de algunos de los equipos del programa "Mejora del acceso a las terapias psicológicas" (IAPT) del Servicio Nacional de Salud Británico son psicólogos, pero la gran mayoría de los profesionales que trabajan en estos son especialistas en TCC. Imagino que esto solo ocurre en Reino Unido, donde los trabajadores del programa IAPT se forman en tratamientos concretos y no en el amplio abanico de tratamientos psicológicos que conocen los psicólogos. Es sencillo remitir a un paciente a psicoterapia, pero no a un psicólogo. Tampoco es sencillo remitirlos a un psiquiatra en Reino Unido, ya que debemos remitirlos a un equipo de salud mental. Un auxiliar de salud mental evalúa al paciente; la remisión al psiquiatra se determinará a partir de dicha evaluación.

Dr. Demyttenaere: Cabe recordar que, en Reino Unido, ha habido un debate constante acerca de la elección exclusiva de la TCC. Si preguntamos a alumnos de Medicina cuál es el tipo de psicoterapia más adecuado para la depresión, responderán que es la TCC o la psicoterapia interpersonal (PTI). Si observamos los metanálisis que ha publicado Cuijpers, un psicólogo holandés, en Holanda, veremos que hay muy poca diferencia entre las distintas formas de psicoterapia.[6,8] Es bueno que lo tengamos en mente.

Dr. Vieta: Las diferencias entre países son muy interesantes. Reino Unido es un caso muy específico. En España, en particular en Cataluña, tenemos un sistema que me gusta bastante: enviamos a los especialistas a las consultas de atención primaria para que ayuden a los médicos de atención primaria a seleccionar a quién se debe remitir a las consultas de psiquiatría y a quién se debe remitir a otro especialista. La Dra. Cavero, que está aquí en el público, es una de las expertas de mi hospital, que está Barcelona, y cumple esta función. Cada día, visita una consulta diferente y ayuda a los MAP a seleccionar a los pacientes adecuados, porque de lo contrario no siempre se seleccionan a los pacientes que podrían beneficiarse más de nuestra ayuda. Los especialistas analizan lo que piensan los MAP y podrían estar o no de acuerdo.

Dra. Bromley: Estoy de acuerdo. Me encantaría ver ese modelo con mayor frecuencia en Reino Unido. Lo hemos aplicado en las prisiones, probablemente debido a la naturaleza del trabajo que hacemos allí, pero en la atención primaria no lo vemos tanto. Creo que es un modelo excelente porque también es educativo. Mejoro en lo que hago si consulto a un especialista. Además, a veces el paciente no necesita remisión, sino que yo misma puedo asesorarlo y consultar con el especialista. Es un modelo excelente.

Dr. Demyttenaere: Tengo una pregunta para Eduard y Bernhard. Actualmente se tiende a que exista una interacción más cercana entre los psicólogos, los MAP y los psiquiatras. ¿Implicaría esta el fin de la psicoterapia como parte del trabajo de un psiquiatra?

Dr. Baune: No creo que sea así. En Alemania, donde yo me formé, nos graduamos como psiquiatras y como psicoterapeutas a la vez. Por lo tanto, ambas disciplinas son fundamentales en la educación y en la práctica clínica, ya sea en un hospital universitario o en un consultorio privado. La situación de la psicoterapia en los consultorios privados en Alemania puede ser un poco distinta, debido a los bajos salarios de los psiquiatras privados en dicho país. Los psiquiatras no se benefician tanto a nivel económico de la psicoterapia, que puede llegar a ser muy tediosa, sino más del tratamiento a corto plazo de una mayor cantidad de pacientes. Sin embargo, en Australia, existe una delimitación clara entre la psiquiatría y la psicología: un psiquiatra no debe realizar psicoterapia. El sistema en Australia funciona bastante bien porque todos los consultorios de atención primaria cuentan con un psicólogo en plantilla. Si un médico de atención primaria deriva un paciente a psiquiatría y el psiquiatra decide que el paciente debe hacer psicoterapia, pero que él no quiere hacerla (o considera que no debe hacerla de conformidad con las normas), simplemente puede volver a derivar al paciente, de modo que este haga la psicoterapia transcurridas unas 4-6 semanas.

Dr. Vieta: Creo que todo esto depende de la definición de psicoterapia. Considero que todos nosotros hacemos algún tipo de psicoterapia, incluso los MAP, y que es muy útil. La relación que establecemos con el paciente implica una forma de psicoterapia. Sin embargo, existen formas muy específicas de psicoterapia que deben llevar a cabo los psicólogos, al menos en el sector público. Por ejemplo, existe la rehabilitación cognitiva, que es una intervención muy especializada. Un psiquiatra o personal de enfermería pueden estar formados para ello, pero estamos hablando de formas de psicoterapia muy específicas, que dominan mucho mejor los psicólogos. En los demás casos, también hacemos y debemos hacer psicoterapia.

Dr. Demyttenaere: Tenemos una pregunta del público acerca de la función de las pruebas neurocognitivas. Creo que esto ya se ha respondido en parte. ¿Cuál debería ser el papel de las pruebas neurocognitivas en nuestros pacientes? La persona destaca que existen varias pruebas para el TDAH. Cabe que recordar que aproximadamente el 40 % de los pacientes con TDM presentan síntomas cognitivos de relevancia clínica y que solo la mitad lo notifica de manera subjetiva.[9] Esto significa que, en general, aproximadamente un tercio refiere quejas subjetivas; un tercio refiere solo quejas objetivas y aproximadamente un tercio refiere quejas tanto subjetivas como objetivas. ¿Cuál sería el papel de las pruebas neurocognitivas en la práctica diaria?

Dr. Vieta: Creo que hay tres cosas que se desestiman en la depresión. Una son los efectos secundarios en el plano sexual; no solemos preguntar por ellos. Otra es el suicidio, sobre el que deberíamos preguntar. Es un error grave no hacerlo. Siempre debemos preguntar acerca de estas cosas. La tercera es la cognición y, ya que es un área ignorada, creo que debemos empezar a evaluar la cognición. Esa es mi opinión. Comprendo que existen muchas desventajas prácticas, pero creo que es necesario evaluar la cognición.

Dr. Baune: Estoy totalmente de acuerdo. Incluso iría un poco más allá y diría que debemos evaluar la función de nuestros pacientes de forma más objetiva, en lugar de solo preguntarles cómo se sienten, qué sienten y otras preguntas generales. Creo que debemos hacer evaluaciones funcionales y diría que la cognición forma parte de esa evaluación funcional, si bien también se aplica a otras áreas.

Dr. Demyttenaere: Si me lo permiten, me gustaría volver a lo que ha dicho Eduard y que ya había sugerido Bernhard en su presentación, ya que también es una pregunta de alguien del público: ¿cómo deberíamos evaluar en mayor profundidad el riesgo de suicidio en el segundo caso?

Dr. Baune: El riesgo de suicidio del segundo caso se trató de forma muy breve, solo como una indicación para que el MAP remitiera al paciente al psiquiatra. En el caso del psiquiatra, debemos explorar si existe una actividad aguda, como la planificación de algunas ideas suicidas. Creo que es importante distinguir entre estar cansado de la vida y presentar un riesgo más elevado. Es importante abordar esto porque, cuando comenzamos el tratamiento y los pacientes se sienten mejor, ya sea por la medicación o por las circunstancias, el riesgo de suicidio podría aumentar. Debemos ser sinceros con el paciente sobre esto.

Dr. Demyttenaere: Estoy completamente de acuerdo. El paciente dijo que llegó a pensar lo que podría hacer con la cuerda que se encontró. Por otro lado, dijo que le da miedo tener ese tipo de pensamientos, un aspecto bastante negativo. Lo positivo es que dijo que nunca "haría ninguna locura", de forma inmediata y espontánea. Debemos explorar todo esto en mayor profundidad.

Dr. Vieta: Nosotros hemos preparados estos casos, pero hay dos cosas poco frecuentes. El paciente refiere de forma espontánea que bebe demasiado y también refiere de forma espontánea que tiene ideas suicidas. Muchos pacientes no lo hacen y es nuestro trabajo averiguarlo.

Dr. Demyttenaere: Pasemos a los problemas de rendimiento laboral. Hemos tocado el tema y quisiera saber sus opiniones, ya que también tenemos una pregunta del público. ¿Cómo abordamos la cuestión de dar al paciente una baja por enfermedad? Sarah, si tienes a un paciente con depresión, especialmente con síntomas cognitivos de depresión, ¿qué te llevaría a dar la baja por enfermedad a ese paciente en concreto?

Dra. Bromley: Creo que es una decisión muy difícil. En mi consultorio, últimamente lo que hago es conversar con el paciente acerca de qué será lo mejor para él. Generalmente, me dejo llevar por eso. Para algunos pacientes, la presión laboral es tan intensa y tan perjudicial que dejar de trabajar durante un tiempo es la opción adecuada, porque necesitan alejarse de eso. Sin embargo, cada vez más reconocemos que trabajar es bueno para la salud. En general, cuando trabajamos nos sentimos mucho más útiles y nos vemos obligados a salir, conseguir cosas y estar activos. Creo que, probablemente, tuvimos una reacción demasiado rápida al emitir certificados de baja por enfermedad a todos los pacientes con depresión y que debemos ser más cautelosos. He conocido a pacientes que han dejado de ir al MAP porque tienen miedo de que les dé una baja laboral. Es el problema del estigma. Aún hay mucha gente que piensa que si en su expediente figura un diagnóstico de depresión y si le han dado una baja laboral por enfermedad, no ascenderán. No podrán avanzar. Si pierden el trabajo, no encontrarán otro. Creo que todas estas cosas son dignas de análisis y debemos comprenderlas antes de tomar la decisión de dar una baja por enfermedad.

Dr. Baune: Creo que debemos crear una cultura que respalde la conversación entre médicos y empleadores para permitir un retorno gradual al trabajo, a jornada completa o a media jornada durante cierto tiempo. Debemos analizar que existe una enfermedad que debe tratarse. Todo esto es bueno para el paciente porque no pierde productividad y es bueno para el empleador porque no tiene empleados con baja por enfermedad. Se trata de desarrollar una situación que beneficie a todos y creo que es lo que debemos seguir analizando y desarrollando.

Dr. Demyttenaere: De nuevo, hay diferencias entre países. Para los interesados en este tema, existe un ensayo clínico interesante, de Bilsker y colegas, relativo a aquello en lo que debemos fijarnos a la hora de dar bajas por enfermedad a nuestros pacientes.[10] Sin duda, es muy recomendable.

Volvamos al caso del alcohol y la cognición. Bernhard, ¿podrías comentar brevemente el efecto del alcohol en la cognición?

Dr. Baune: Cuando tomamos alcohol, tenemos una disminución de 0,5 desviaciones estándar, debido a los efectos agudos del alcohol sobre nuestra cognición. Ese es un efecto. Si existe un consumo de alcohol crónico, como podemos suponer en este caso en particular, este es tóxico para el cerebro, ya que el alcohol tiene efectos perjudiciales en la materia blanca, en particular en los astrocitos y los oligodendrocitos.[11] Existe un cambio estructural y un cambio celular después de un consumo abusivo de alcohol crónico. Por lo tanto, creo es importante que exploremos si el alcohol podría contribuir a la disfunción cognitiva a corto y a largo plazo. También es muy importante hacer un seguimiento diagnóstico con RMN, TAC y otras herramientas.

Dr. Demyttenaere: Tenemos otra pregunta del público acerca del tratamiento. En el primer caso, en lo que atañe a la opción terapéutica, se cambió de escitalopram a venlafaxina. Alguien preguntó por la vortioxetina. ¿La utilizaría o la añadiría al tratamiento a fin de mejorar los síntomas cognitivos en pacientes que utilizan IRSN o ISRS con solo una remisión parcial o con síntomas cognitivos residuales?

Dr. Vieta: Hasta el momento, se han dirigido dos ensayos clínicos importantes sobre la vortioxetina , así como un estudio que ya se ha quedado obsoleto. Estos demuestran efectos positivos en la cognición, además de los efectos antidepresivos.[3,12,13] En la actualidad se están dirigiendo estudios que evalúan si cambiar a la vortioxetina, en un caso como el de Stella, sería una mejor opción. También hay un estudio de la vortioxetina como coadyuvante de algún antidepresivo. Tendremos que esperar los resultados de los estudios que están en curso.

Dr. Baune: Hay otro estudio de interés, que es relevante para el caso de Stella y que se está dirigiendo en pacientes que están en lo que llamamos "remisión", cuya depresión ha mejorado pero que aún tienen algunos problemas cognitivos. También intentan averiguar si la vortioxetina aliviaría alguno de esos síntomas. Creo que esta pregunta es de gran importancia.

Dr. Demyttenaere: Eduard, ¿puedes hacer algún comentario breve sobre los síntomas cognitivos y sobre si ayudan o no a diferenciar entre la depresión unipolar y bipolar?

Dr. Vieta: El perfil de deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión es similar; es cuantitativamente diferente, pero no hay diferencias cualitativas. La cognición es una dimensión aparte, por lo que no podemos basar los diagnósticos diferenciales en la cognición. No obstante, es un problema real, no solo en la esquizofrenia, para la que ya se presupone, sino también en el trastorno bipolar y en la depresión. Tenemos un programa de rehabilitación funcional del trastorno bipolar y creo que ahora lo estamos probando en la depresión unipolar. Considero que la rehabilitación funcional y la rehabilitación cognitiva pueden ser útiles en este aspecto.

Miembro del público: Después de iniciar el tratamiento con antidepresivos, ¿cuándo volvería a evaluar al paciente y cuándo le pediría que volviera para una consulta de revisión? También me pregunto si hay alguna diferencia entre la atención primaria y la psiquiatría en cuanto a cuestiones como el potencial suicida, etc.

Dra. Bromley: En Reino Unido, aplicamos las pautas del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) y debemos seguirlas al pie de la letra. Esas pautas nos indican que debemos evaluar a las personas transcurridas dos semanas.[14] La mayoría de los MAP probablemente las hayan adoptado. Podríamos evaluar a alguien con mayor frecuencia si estuviéramos realmente preocupados por el riesgo de suicidio. Yo volvería a ver a un paciente en dos semanas solo para asegurarme de que aún está tomando los comprimidos y de que no los ha dejado de tomar por los efectos secundarios. Lo volvería a ver a las cuatro semanas para comprobar el efecto del tratamiento y, después, a las ocho semanas. Esa sería mi práctica habitual.

Dr. Baune: En la práctica clínica en psiquiatría, diría que evaluaríamos a un paciente transcurridas una o dos semanas.

Dr. Vieta: Yo diría lo mismo.

Miembro del público: Creo que Sarah ha dado en el clavo. Sé que hemos visto solo un resumen del caso, pero suena como si el consumo de alcohol fuese abusivo. En el abordaje de este caso, consideraría que el paciente se estaba automedicando, ya que probablemente utilizaba el alcohol para tratarse el insomnio. Podría haber quedado atrapado en un círculo vicioso, por lo que creo que el tratamiento del insomnio podría ser crítico en su caso.

Dra. Bromley: Hay tratamientos para el insomnio y también tratamientos para el dolor dolor, que puede ser fundamental en la vida de los pacientes. Me gustaría agregar que las personas se automedican con alcohol y con fármacos de venta libre, pero cada vez más observamos que aumentan los problemas derivados de un consumo abusivo de los medicamentos con receta. Ese es un problema creciente, ya que los pacientes los consumen cada vez más. Es un tema totalmente diferente, pero lo vemos con mucha frecuencia.

Dr. Demyttenaere: Tenemos un último comentario de alguien del público, que recomienda la individualización del tratamiento, así como fijar para cada paciente una ser de objetivos personales para su bienestar. Este ha sido un buen resumen.

Dr. Vieta: Debemos aprender y conocer las pautas y luego adaptarlas para tratar a los pacientes de forma individual.



Dr. Demyttenaere: Pasemos al cierre. Hemos dirigido este simposio a partir de dos extractos de casos que indicaban los síntomas cognitivos. Hemos podido ver su importancia para los pacientes, así como lo que se abarca en los cuestionarios exigidos por las autoridades.

Expectativas de los pacientes frente al tratamiento con antidepresivos

Las diez consideraciones más importantes en un paciente curado de la depresión

1. ¿Hasta qué punto tiene sentido la vida?
2. ¿Cuánto disfruta de la vida?
3. ¿Cuán satisfecho está con usted mismo?
4. **¿Cuán capaz es de concentrarse?**
5. Sentimientos negativos: tristeza, angustia, ansiedad
6. Sensación de cansancio o falta de energía
7. Sentimiento de tristeza, depresión o desesperación
8. Sentimiento de fortaleza
9. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?
10. Sensación de estar activo

Demyttenaere, K. *et ál. J Affect Disord.* 2015;174:390-396.



Esta diapositiva recoge los resultados de uno de nuestros estudios acerca de las expectativas de los pacientes con respecto al tratamiento con antidepresivos. Estas son las 10 expectativas principales. Puedo asegurarles que si les hiciéramos a los médicos la misma pregunta, obtendríamos una respuesta completamente diferente. Esto es lo que los pacientes esperan del tratamiento contra la depresión. La primera es: ¿hasta qué punto tiene sentido la vida? Esa pregunta nunca aparece en los cuestionarios, pero es muy importante para los pacientes. ¿Sienten que su vida tiene sentido y que son útiles para los demás, etc.? La segunda es: ¿cuánto disfruta de la vida? La tercera: ¿cuán satisfecho está con usted mismo? La cuarta es: ¿cuán capaz es de concentrarse? Puede ser útil saber que estas cuatro primeras no figuran en nuestras escalas y para los pacientes son las más importantes.

Deterioro cognitivo en el TDM

- El deterioro cognitivo es un componente de la depresión.
- Tiene un impacto generalizado y afecta a muchas áreas de la vida, desde las relaciones sociales hasta el trabajo.
- El deterioro cognitivo puede ser difuso en el TDM, ya que las pruebas de funcionamiento de los pacientes son heterogéneas y no existe un patrón coherente de la disfunción.
- Otras comorbilidades pueden afectar a la cognición y deben tenerse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial y la evaluación.



Lo que hemos aprendido hoy es que los síntomas cognitivos son un componente importante de la depresión y que tienen relevancia clínica en aproximadamente el 40 % de los pacientes con TDM.[9] Tienen un impacto generalizado que influye en muchas áreas de la vida, desde las relaciones sociales y relaciones más íntimas hasta las relaciones laborales. El deterioro cognitivo puede ser difuso en pacientes con TDM y no todos ellos lo refieren. Algunos pacientes tienen molestias objetivas y otros, molestias subjetivas. Aproximadamente un tercio de ellos tienen molestias objetivas y subjetivas. También hemos reconocido que los síntomas cognitivos pueden deberse a otras causas, como la edad, el alcoholismo, lesiones cerebrales, etc. Debemos pensar en otras causas para los síntomas cognitivos en pacientes con depresión. No siempre se deben a la depresión.

Deterioro cognitivo en el TDM (cont.)

- Existen opciones farmacológicas y no farmacológicas para tratar el deterioro cognitivo en pacientes con TDM.
- Los médicos deben buscar y reconocer el deterioro cognitivo en sus pacientes.





Medscape EDUCATION

Existen opciones farmacológicas y no farmacológicas para tratar el deterioro cognitivo en pacientes con TDM. Los médicos deben buscar y reconocer el deterioro cognitivo en estos pacientes, como se demostró en los dos casos que compartimos con ustedes.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a los expertos por sus excelentes comentarios sobre estos casos y por sus inmejorables respuestas a las preguntas. Gracias por participar en este programa de Medscape Education.

Este documento ha sido editado por razones de estilo y claridad.

Bibliografía

1. Papakostas GI, Fava M. Pharmacotherapy for Depression and Treatment-resistant Depression. World Scientific Publishing Company, Singapore, 2010.

2. Schneider E, Linden M, Weigmann H, Wagner T, Quail D, Hundemer HP, Hegerl U. Early reduction in painful physical symptoms is associated with improvements in long-term depression outcomes in patients treated with duloxetine. *BMC Psychiatry.* 2011;11:150.

3. McIntyre RS, Lophaven S, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014;17:1557-1567.

4. Stahl SM. Mood Disorders and Antidepressants: Stahl's Essential Psychopharmacology, 4th edition. Cambridge University Press, 2013.

5. Zhou X, Ravindran AV, Qin B *et al*. Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of augmentation agents in treatment-resistant depression: systematic review and network meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2015;76(4):e487-498.

6. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:1-15.

7. Baune BT, Renger L. Pharmacological and non-pharmacological interventions to improve cognitive dysfunction and functional ability in clinical depression--a systematic review. *Psychiatry Res*. 2014;219:25-50.

8. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, van Oppen P, Barth J, Andersson G. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:280-291.

9. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:1122-1130.

10. Bilsker D, Wiseman S, Gilbert M. Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Can J Psychiatry.* 2006;51:76-83.

11. de la Monte SM, Kril JJ. Human alcohol-related neuropathology. *Acta Neuropathol.* 2014;127(1):71-90.

12. Mahableshwarkar AR, Zajecka J, Jacobson W, Chen Y, Keefe RS. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacol.* 2015;40(8):2025-2037.

13. Katona C, Hansen T, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2012;27(4):215-223.

14. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. NICE guidelines [CG90]. October 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/cg90, Accessed September 24, 2015.

Acrónimos

ASRS	=	Escala autoevaluativa de DATH en adultos de 18 preguntas
DSM-5	=	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.a edición
FAST	=	Escala de Evaluación Funcional
IAPT	=	Mejora del acceso a las terapias psicológicas
IRSN	=	Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalin
ISRS	=	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
MAP	=	Médico de atención primaria
MMSE	=	Mini Examen del Estado Mental
MoCA	=	Evaluación Cognitiva Montreal
NICE	=	Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (Institute for Health and Care Excellence)
PHQ-9	=	Cuestionario de 9 puntos sobre la salud del paciente
PTI	=	Psicoterapia interpersonal
RMN	=	Resonancia magnética nuclear
SCIP	=	Examen del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría
SNC	=	Sistema nervioso central
TAC	=	Tomografía axial computada
TCC	=	Tratamiento cognitivo-conductual
TDAH	=	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
TDM	=	Trastorno depresivo mayor
TSH	=	Hormona estimulante del tiroides
UPSA-B	=	Informe de la Evaluación Objetiva de las Habilidades Basada en el Rendimiento de la Universidad de California (San Diego)

Cláusula de exención de responsabilidad

Este documento es solo para fines educativos. No se otorgará ningún crédito de Formación Médica Continuada (CME) por leer los contenidos de este documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/collection/mdd10

Para cualquier consulta relacionada con el contenido de esta actividad, póngase en contacto con el proveedor de esta actividad formativa en CME@webmd.net.

Para obtener asistencia técnica, póngase en contacto con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada más arriba puede incluir situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que se describen en esas situaciones son ficticios y no se pretende establecer ni se debe inferir ninguna relación con pacientes reales.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de WebMD Global, LLC, o de las empresas que patrocinan los programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden incluir productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y para usos no recogidos en la ficha técnica de productos aprobados. Antes de utilizar cualquiera de los productos terapéuticos expuestos, se debe consultar a un profesional sanitario cualificado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a pacientes o aplicar cualquiera de las terapias que se describen en esta actividad educativa.